



SIVES 2012

Sistema Integrat de
Vigilància Epidemiològica de la
SIDA/VIH/ITS a Catalunya

Document tècnic número **21**

→
AMB
INDICADORS
GARP

21 INFORME EPIDEMIOLÒGIC CEEISCAT



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

21 INFORME EPIDEMIOLÒGIC CEEISCAT

Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya



SIVES 2012



Centre d'Estudis Epidemiològics
sobre les Infeccions de Transmissió
Sexual i Sida de Catalunya

Direcció:

Jordi Casabona

Coordinació:

Esteve Muntada
Laia Carrasco

Bioestadística:

Alexandra Montoliu
Anna Esteve
Eva Loureiro

Sistemes de vigilància:

Dolors Carnicer-Pont
Núria Vives (coordinadora)
Rossie Lugo
Victoria González

Gestió i suport logístic:

Esteve Muntada
Fèlix Sánchez
Laia Carrasco
Montserrat Galdón (coordinadora)
Noemí Romero
Rafael Muñoz

Monitoratge i avaluació:

Anne Gallois
Cinta Folch (coordinadora)
Cristina Agustí
Laura Fernández

Personal adscrit a projectes:

Colin Campbell (IGTP)
Elisabeth Bascuñana (CIBERESP)
Evelin López (CIBERESP)
Laia Ferrer (IGTP)



Aquesta obra està subjecte a la llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons. Si voleu veure una còpia d'aquesta llicència accediu a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> o envieu una carta sol·licitant-la a Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, EUA.

Pròleg

Em plau presentar-vos el darrer informe del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la Sida/VIH/ITS de Catalunya (SIVES), el qual ha esdevingut l'eina de referència per a la difusió de la informació epidemiològica sobre aquestes infeccions a Catalunya.

L'informe SIVES 2012 es presenta en un nou format amb el que es pretén integrar millor la informació que es deriva dels diferents sistemes que actualment disposem per a la vigilància del VIH i les ITS. Pensem que d'aquesta manera millorarà la seva utilitat per a la planificació de les polítiques sanitàries, així com l'avaluació de les corresponents intervencions que se'n deriven.

En aquest informe novament es posa de manifest la necessitat de no baixar la guàrdia davant les infeccions de transmissió sexual (ITS), ja que segons el que es constata en les dades que es presenten, assistim a un augment del nombre de casos tant de VIH com d'altres ITS en els darrers anys, especialment entre el col·lectiu d'homes que tenen sexe amb altres homes.

La infecció pel VIH i les altres ITS continuen essent un repte tant en la seva vessant assistencial com de salut pública. És per això que vull manifestar d'una manera ferma el compromís del Departament de Salut per mantenir els seus esforços en la prevenció i el control d'aquestes infeccions.

Esperant que l'informe sigui d'interès i utilitat per a totes les persones que d'una manera o altra participen en la prevenció del VIH i les ITS, una vegada més vull donar les gràcies a tots els professionals de la salut, així com els organismes i organitzacions comunitàries que col·laboren amb el Departament de Salut, a través del CEEISCAT, en els diferents projectes que es difonen en el SIVES 2012.

Boi Ruiz i García

Conseller de Salut

Presentació

És una satisfacció presentar el nou informe epidemiològic biennal sobre el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica sobre la Sida, el VIH i altres ITS (SIVES) de Catalunya, corresponent a l'any 2012. L'informe SIVES és una publicació de referència a l'estat i a Europa on, juntament amb el sistema d'informació suís, ha estat qualificat com un dels més complets. A diferència dels informes d'altres administracions el SIVES inclou tant els sistemes formals de vigilància epidemiològica com d'altres fonts d'informació complementàries i estudis observacionals. El SIVES es publica sense interrupció des de l'any 1995, primer anualment i després biennal. El SIVES 2012 n'és el primer fet en el marc de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC) i per tant em complau especialment fer-ne la seva presentació.

L'ASPC ha nascut en uns moments econòmicament difícils, però tant la necessitat del monitoratge de la salut com la prevenció i el control de les malalties, són una clara prioritat del Govern de la Generalitat en general i de la Secretaria de Salut Pública en particular. En aquest escenari, esdevé clau comptar amb sistemes d'informació actuals, exhaustius i vàlids per tal d'identificar canvis en els patrons de morbiditat el més aviat possible que ens permetin dissenyar i avaluar les intervencions preventives que corresponen. El cas de les ITS i del VIH no en són una excepció, ans al contrari, a la major part de països del nostre entorn els sistemes d'informació per monitorar aquestes epidèmies són especialment complexos.

El SIVES 2012 com en d'altres edicions, inclou dades de morbi-mortalitat, conductuals i dades sobre el diagnòstic i el tractament de la infecció de les ITS/VIH. Però a més presenta dos aspectes nous cabdals per a millorar la resposta front a aquestes malalties. D'una banda s'han confeccionat alguns dels indicadors utilitzats internacionalment per monitorar la Declaració de Dublín, un compromís polític signat per 52 països europeus. Catalunya se suma doncs a aquest grup de països per continuar compromesa en la lluita contra aquestes infeccions. D'altra, i per primera vegada a l'estat espanyol, s'ha aconseguit disposar de la "Cascada del Tractament", un eina suggerida per les agències internacionals per estimar i monitorar l'accés al diagnòstic i al tractament del VIH. Ambdues novetats s'han inclòs a més en un quadríptic, per tal de fer més accessibles aquests instruments al conjunt del sector sanitari, a les ONG, als mitjans de comunicació i a les administracions. Encoratjo a tots ells a usar-los en les seves activitats de prevenció, planificació i d'advocacia.

Finalment, vull agrair una vegada més l'esforç de tots els professionals assistencials i de la salut pública, a les ONG i al personal del CEEISCAT, i felicitar-los per la publicació d'aquest informe i per el manteniment dels sistemes d'informació i estudis que el nodreixen.

Antoni Mateu

Secretari de Salut Pública

Introducció

L'informe sobre el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica sobre la SIDA/VIH/ITS de Catalunya (SIVES) que presentem correspon a l'any 2012 i és el Document Tècnic del CEEISCAT número 21. Com amb anterioritat inclou la informació que genera i gestiona el CEEISCAT, tant provinent de sistemes de vigilància epidemiològica formals, com provinents de projectes a cavall entre la vigilància i la recerca aplicada, sovint mitjançant estudis observacionals (vigilància epidemiològica reforçada).

Amb la intenció d'augmentar-ne la seva aplicabilitat fa quatre anys ja varem introduir primer un annex i després un capítol amb els indicadors generats pel SIVES. Aquest capítol s'ha anat incrementant, de forma que ara no sols inclou indicadors generats pel propi sistema, sinó que també inclou indicadors sobre salut sexual i reproductiva que provenen d'altres fonts d'informació i institucions. Molts d'aquest indicadors estan recollits en el Global AIDS Response Progress (GARP)(1), una iniciativa que des de fa poc harmonitza els diferents indicadors internacionals existents (UNGASS, Fons Global, etc.). Així mateix, en aquells casos en que ha estat possible s'han inclòs mapes europeus amb la magnitud de l'indicador a cada país, ressaltant en un requadre la mesura de l'indicador corresponent a Catalunya. Això permetrà la comparació amb d'altres països europeus i ajudarà a contextualitzar l'estat de l'epidèmia a casa nostra.

En el SIVES 2012 hi ha dos canvis formals més. Per un costat s'ha reorganitzat la presentació de la informació, de forma que s'han fet cinc grans apartats:

- VIH i Sida
- Altres ITS
- Monitoratge de les conductes
- Indicadors i
- Fonts d'informació

La informació relacionada amb el VIH i la sida, en comptes de presentar-la en funció de la naturalesa de les dades (mortalitat, prevalença, conductes, etc.), es presenta d'acord a aspectes més pràctics, havent-se definit els següents capítols:

1. Nombre de persones que viuen amb el VIH i la SIDA. Magnitud i impacte.
2. Diagnòstic del VIH/sida
3. VIH i co-infeccions

4. Realització de la prova del VIH
5. Quimioprofilaxi, tractament i impacte.

La informació relacionada amb la resta d'ITS es presenta en base a l'entitat patològica :

1. Sífilis infecciosa i congènita
2. Gonococ
3. Limfogranuloma veneri
4. Clamídia
5. Herpes
6. Berrugues anogenitals
7. Tricomones

La informació conductual es presenta per grups de població claus (homes que tenen sexe amb homes (HSH), dones treballadores del sexe (TS), usuaris de drogues per via parenteral (UDVP), joves i persones VIH positives+). En el capítol d'indicadors s'assenyala a quin protocol pertany cada un (UNGASS, GARP, ECDC, ...) etc.) i finalment en el capítol de les fonts d'informació s'ha fet una breu descripció metodològica d'on i com es generen les dades.

Amb aquest canvis es preten aconseguir un text més amè i facilitar l'aplicabilitat de l'informe, no sols al sector professional sinó també als mitjans de comunicació i ONG.

Per una altra banda, seguint els suggeriments d'alguns usuaris, hem intentat ser més concrets en les conclusions i eventualment recomanacions que emanen de les dades analitzades. Amb aquesta intenció al començament de cada capítol s'ha posat un requadre amb les idees més rellevants i quan s'escau algunes recomanacions específiques.

En qualsevol cas, la novetat que creiem més important és la construcció de la "*Cascada de Tractament*" (2), una versió adaptada al VIH del clàssic esquema de Piot que la comunitat científica internacional ha acceptat ràpidament com a eina pel monitoratge de l'accés al diagnòstic i tractament d'aquesta infecció. Hi ha pocs països que disposen de la informació necessària per tal de construir els diversos compartiments de la *Cascada* i en tots els casos s'han hagut de fer extrapolacions i assumpcions específiques. La *Cascada* que presentem no és una excepció, i així si bé el nombre de persones actualment vivint amb el VIH a Catalunya s'ha estimat a partir d'un programa de simulació desenvolupat per la Organització Mundial de la Salut (OMS)(3), el nombre de persones que han arribat a contactar amb els sistema sanitari, el nombre de persones en seguiment, el nombre de persones en tractament i el nombre de persones amb una càrrega viral indetectable s'han estimat majoritàriament a partir

de les dades de la Cohort PISCIS (www.piscis cohort.org). La Cohort PISCIS per tant es converteix en una font d'informació imprescindible per generar informació sobre la qualitat dels programes de detecció del VIH i de l'atenció sanitària en general, sent l'objectiu del Departament de Salut que la cohort assoleixi una cobertura del 85 % en els propers dos anys.

La *Cascada* però s'ha de contemplar amb cautela, doncs les estimacions i assumpcions que s'han usat s'han de revisar contínuament i són, per tant, susceptibles de canvis i de millores. Encoratjo als professionals i agents comunitaris a fer servir aquest instrument per tal de monitorar la resposta vers l'epidèmia, també a casa nostra.

Per augmentar-ne la seva funcionalitat i ús, tant la *Cascada* com els indicadors que el European Center for Disease Control (ECDC) han suggerit per monitorar la Declaració de Dublin (4, 5) s'han imprés en un quadríptic a banda.

Un nou estudi longitudinal del que ens sentim especialment orgullosos és la Cohort ITACA, fruit d'una col·laboració amb Projecte Els Noms. Aquesta cohort ens ha permès per primera vegada tenir un estimador de la incidència en una població prou gran, en aquest cas d'HSB. Aquest paràmetre, complementarà d'altres estimadors existents a la ciutat de Barcelona (projecte saunes) i permetrà monitorar amb molta més precisió si el nombre de noves infeccions augmenta o no, i perquè.

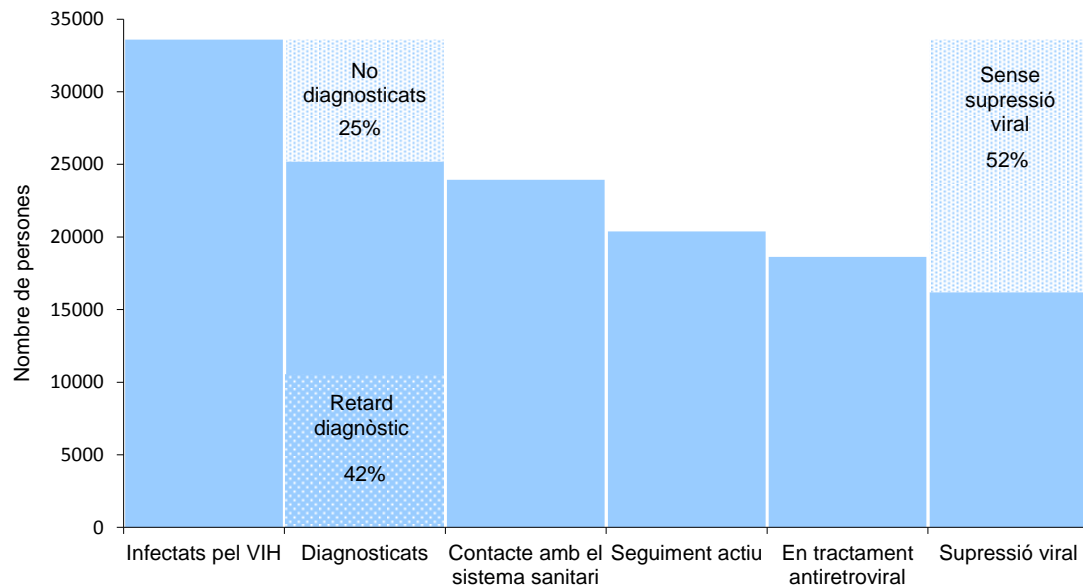
Aquest informe no hagués estat possible sense l'esforç de tots els professionals sanitaris d'atenció primària, els hospitals i els centres especialitzats, que en el seu dia a dia generen la informació necessària. En particular dels hospitals que participen en el projecte PISCIS, que han mantingut l'esforç per proveir i millorar constantment la qualitat de la informació disponible. No menys important és la participació activa de molts agents comunitaris que des dels serveis de primera línia ens han ajudat a conèixer la realitat de les poblacions més vulnerables, en particular Stop Sida i Àmbit Prevenció, amb qui des de fa molts anys estem implementant el monitoratge bio-conductual en els col·lectius d'HSB i de treballadores sexuals. De totes les ONG que participen en la xarxa DEVO, llavor del que ha estat el Projecte Europeu COBATEST (www.cobatest.org). I tampoc hagués estat possible sense la solidaritat de tots els afectats; ni evidentment sense l'esforç i aptituds dels professionals del CEEISCAT.

El millor reconeixement d'aquests esforços és que la informació del SIVES sigui útil a tots els qui treballen en VIH i ITS, administracions, mitjans de comunicació, ONG i professionals de la salut i les ciències socials en general. Amb el prec que ens feu

arribar els vostres comentaris i opinions que puguin millorar l'informe, així ho desitjem tots els professionals del CEEISCAT.

Jordi Casabona

Director Científic del CEEISCAT



1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting. Geneva: UNAIDS; 2011.
2. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. Clin Infect Dis. 2011 Mar 15;52(6):793-800.
3. Stover J, Johnson P, Zaba B, Zwahlen M, Dabis F, Ekpini RE. The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. Sex Transm Infect. 2008 Aug;84 Suppl 1:i24-i30.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC; 2010.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe [Internet]. Copenhagen: WHO; c2013. Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia; 24 Feb 2004.

VIH i sida a Catalunya

1. Nombre de persones que viuen amb el VIH i la sida. Magnitud i impacte del VIH	
Missatges clau.....	15
1.1. Número de persones vivint amb el VIH i prevalença	16
1.2. Prevalença del VIH en poblacions clau.....	20
1.3. Incidència del VIH	26
1.4. Esperança de vida, supervivència i causes de mortalitat	27
1.5. Projeccions	28
2. Diagnòstics de VIH/sida	
Missatges clau.....	30
2.1. Diagnòstics de VIH.....	31
2.2. Infeccions recents i subtipus	36
2.3. Diagnòstic tardà	37
2.4. Diagnòstics de la sida	38
2.5. La infecció pel VIH/sida a Barcelona	41
3. VIH i co-infeccions	
Missatges clau.....	44
3.1. Tuberculosi, Pneumocistis jirovecii i altres infeccions oportunistes	45
3.2. Virus de l'Hepatitis C	45
3.3. Hepatitis B	48
3.4. VIH i altres infeccions de transmissió sexual	48
4. Realització de la prova del VIH	
Missatges clau.....	50
4.1. Número de proves diagnòstiques del VIH realitzades	51
4.2. Característiques de les persones que demanen la prova del VIH i dels positius detectats en els centres alternatius d'oferta de la prova	55
4.3. Cobertura de la prova diagnòstica en grups amb conductes d'alt risc	58
4.4. Acceptabilitat i viabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH a l'atenció primària	60
5. Quimioprofilaxi, tractament del VIH i impacte	
Missatges clau.....	63
5.1. Tractament de la infecció pel VIH	64
5.2. Resistències als antiretrovirals	65
5.3. Transmissió vertical.....	66
5.4. Profilaxis postexposició no ocupacional al VIH.....	68

Altres infeccions de transmissió sexual**1. Sífilis infecciosa i congènita**

Missatges clau	71
1.1. Nous diagnòstics	72
1.2. Declaració microbiològica	74

2. Gonococ

Missatges clau.....	76
2.1. Nous diagnòstics	77
2.2. Declaració microbiològica	79
2.3. Resistències antibiòtiques al gonococ	80
2.4. Prevalença.....	81

3. Limfogranuloma veneri

Missatges clau.....	83
3.1. Nous diagnòstics	84

4. Infecció genital per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K

Missatges clau.....	86
4.1. Nous diagnòstics	87
4.2. Declaració microbiològica	89
4.3. Prevalença.....	90

5. Infecció pel virus de l'herpes simple genital

Missatges clau.....	92
5.1. Nous diagnòstics	93
5.2. Declaració microbiològica	95

6. Infecció pel virus del papil·loma humà: condiloma acuminat o berruga anogenital

Missatges clau.....	96
6.1. Nous diagnòstics	97

7. Infecció per *Trichomonas vaginalis*

Missatges clau.....	100
7.1. Nous diagnòstics	101
7.2. Declaració microbiològica	103

Monitoratge de les conductes associades al VIH/ITS

Missatges clau.....	105
1. Homes que tenen relacions sexuals amb homes	106
2. Dones treballadores del sexe.....	110
3. Usuaris de droga per via parenteral.....	111
4. Joves	115
5. Persones VIH-positives	121

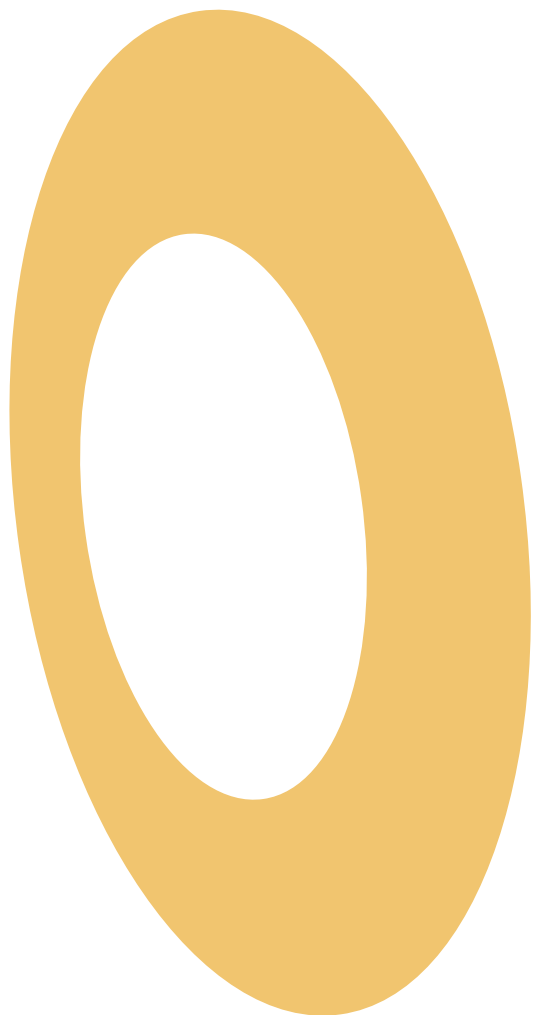
Indicadors disponibles a partir del Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES) i altres indicadors de salut sexual i reproductiva..... 126

Fonts d'informació

1. Registre de malalties de declaració obligatòria (MDO).....	153
1.1. Declaració numèrica.....	153
1.2. Declaració individualitzada.....	153
2. El Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC).....	154
3. Xarxes sentinella	154
3.1. El Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual de Catalunya (RITS)	155
3.2. Xarxa de centres alternatius d'oferta de la prova del VIH (HIVDEVO).....	155
3.3. Xarxa de laboratoris que declaren l'activitat diagnòstica del VIH (LABCAT).....	155
3.4. Xarxa sentinella de les resistències antibiòtiques del gonococ a Catalunya (VIRAG.cat)	156
4. Poblacions sentinella.....	156
4.1. Nounats (VIH nadó).....	156
4.2. Donants de sang	157
4.3. Interns a centres penitenciaris de Catalunya	157
4.4. Joves usuaris dels Centres d'atenció de salut sexual i reproductiva (ASSIR) i centres d'atenció als joves	157
4.5. Joves interns a centres penitenciaris de Catalunya.....	158
4.6. Dones treballadores del sexe.....	159
4.7. Usuaris de droga per via parenteral usuaris de centres de reducció de danys.....	159
4.8. Usuaris de droga per via parenteral usuaris de centres de tractament	160
4.9. Usuaris de droga per via parenteral reclutats al carrer	160
4.10. Homes que tenen sexe amb homes	160
5. Estudis observacionals longitudinals	161
5.1. Cohort PISCIS	161
5.2. Cohort ITACA	162
5.3. Cohort NENEXP	163
6. Altres projectes i estudis observacionals	163
6.1. Aplicació de l'algoritme per a la detecció de recent infectats pel VIH (RITA)	163
6.2. Enquesta d'acceptabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH en els metges de família d'Espanya	164
6.3. Estudi de viabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH entre els metges de família i professionals de centres d'Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)	165
6.4. Sistema d'informació epidemiològica sobre la profilaxis post- exposició al VIH no ocupacional (NONOPEP).....	165
6.5. Enquesta Europea per Internet dirigida a homes que tenen relacions sexuals amb homes (European MSM Internet Survey (EMIS))	165
6.6. Enquesta a estudiants de secundària	166
6.7. Prova pilot del diagnòstic precoç del VIH a oficines de farmàcia	167
6.8. Programa saunes	167
7. Modelització i projeccions	167
7.1. Programa d'estimacions i projeccions Spectrum/EPP 2011	167
7.2. CASCADA.....	170

Annexes

I.	Llista de publicacions rellevants des de 2010.....	172
II.	Llista de sigles	177
III.	Llista de taules.....	178
IV.	Llista de figures	180
V.	Col·laboradors dels diferents sistemes d'informació.....	186



VIH i SIDA



1. Nombre de persones que viuen amb el VIH i la sida. Magnitud i impacte del VIH

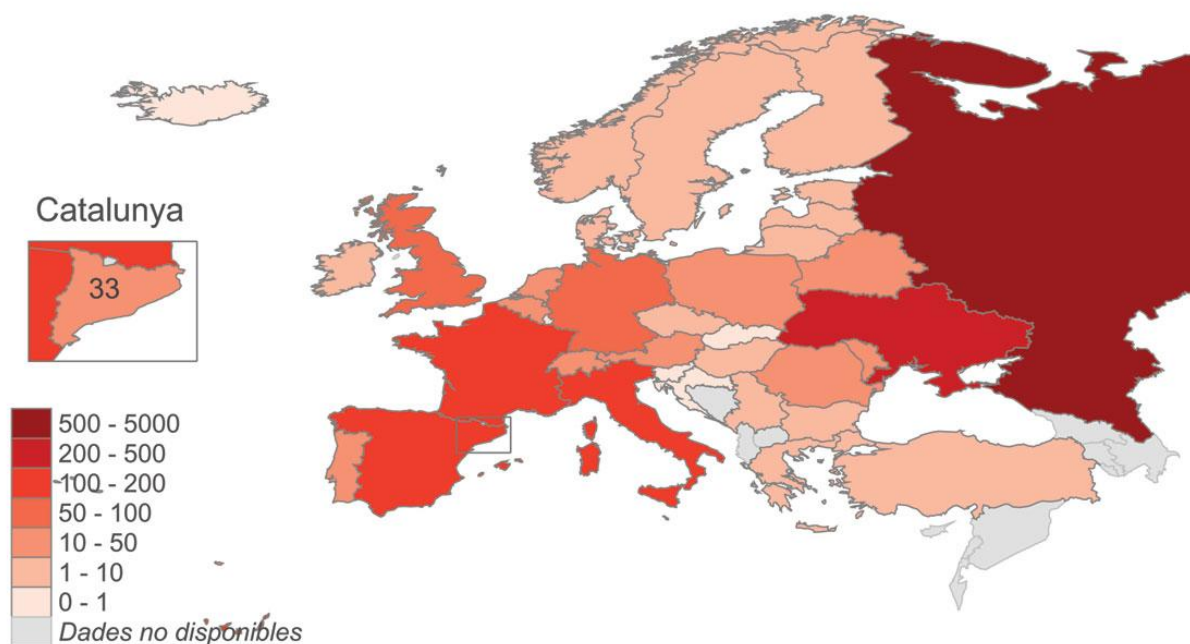
Missatges clau

- A finals de l'any 2011 s'estima fins a un total de 33.000 persones vivint amb el virus de la immunodeficiència humana (VIH) a Catalunya, la majoria d'ells homes (79%), essent els homes que tenen sexe amb homes (HSH) el grup que més ha augmentat en els últims anys.
- El nombre de persones vivint amb el VIH seguirà augmentant en els propers anys. S'estima que, amb els criteris actuals, l'any 2017 unes 24.000 persones tindran criteris per rebre tractament antiretroviral (TAR).
- La incidència del VIH ha presentat una tendència creixent entre els anys 2003 i 2011, produint-se aproximadament 700 noves infeccions de VIH anuals.
- La incidència del VIH en HSH reclutats en un centre de base comunitària és especialment alta, augmentant de 2,4 a 3,8 per 100 persones-any entre 2008 i 2011.
- La prevalença de VIH continua sent molt elevada en els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) i els HSH (33,2% i 20,4%, respectivament).
- Es manté la baixa prevalença del VIH en el col·lectiu de dones treballadores del sexe (TS) immigrants (1,4% al 2009), sent inferior a la observada en TS autòctones (11,4%).
- Tot i la disminució de la prevalença del VIH en la població penitenciària durant els darrers anys, encara es manté entre les més altes d'Europa (superior al 10%).
- La mortalitat per sida ha disminuït més del 70% en els darrers anys, però el VIH encara té un gran impacte sobre la mortalitat prematura.
- L'esperança de vida dels pacients VIH positius en tractament varia considerablement segons els diferents subgrups de la població, essent globalment uns 14 anys inferior a la de la població general catalana.

1.1 Número de persones vivint amb el VIH i prevalença

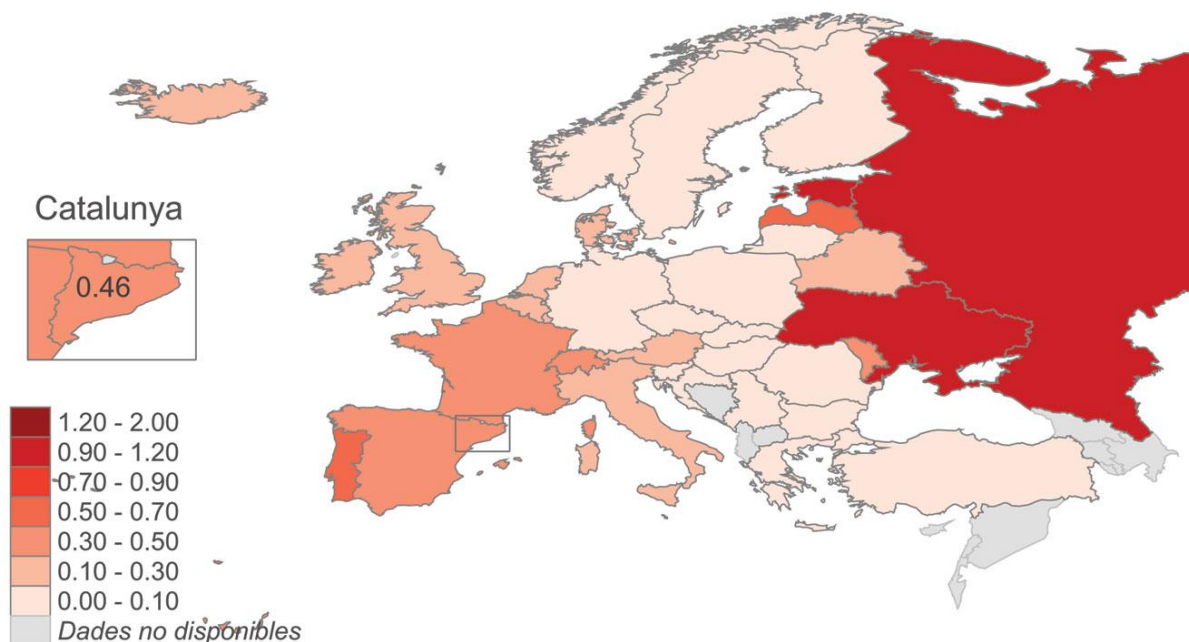
Durant l'any 2009 a Catalunya, aproximadament 33.000 persones vivien amb el VIH (**figura 1**). La prevalença del VIH en la població va ser del 0,46%, similar a la de França (0,40%) i més alta que la d'altres països del nord d'Europa com Alemanya (0,10%) i el Regne Unit (0,20%) (**figura 2**).

Figura 1. Número de persones, en milers, vivint amb el VIH. Europa 2009.



Persones vivint amb el VIH	
Catalunya	33.000
Dinamarca	5.300
França	150.000
Alemanya	67.000
Itàlia	140.000
Portugal	42.000
Espanya	130.000
Regne Unit	85.000

Figura 2. Prevalença del VIH (%). Europa 2009.



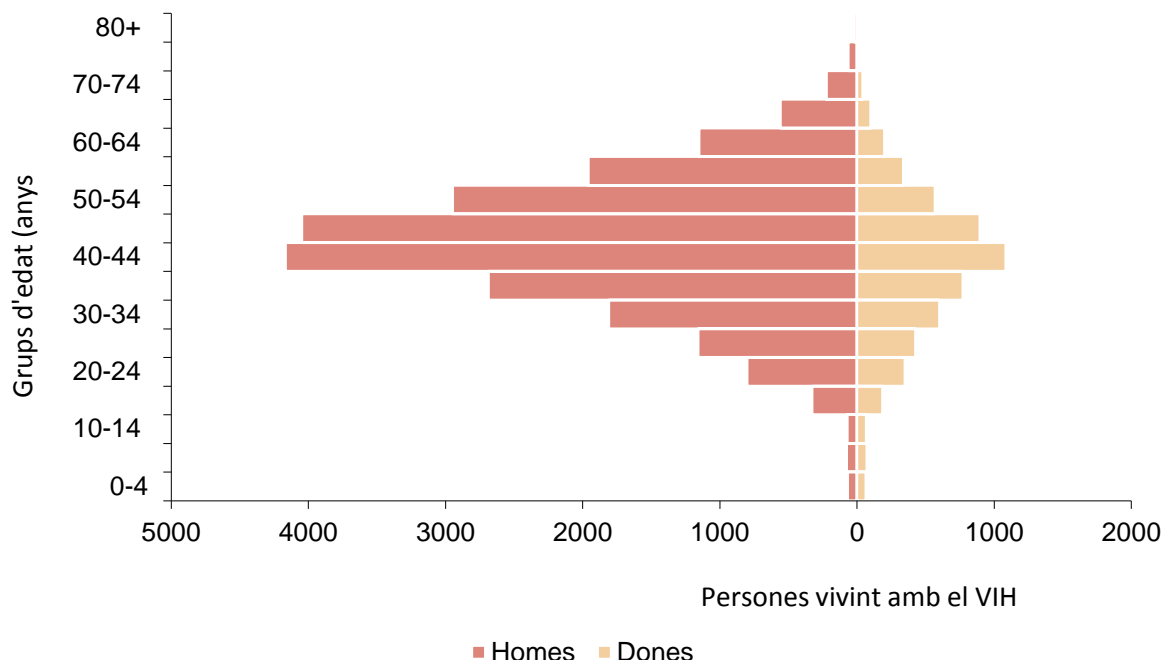
Prevalença (%) del VIH	
Catalunya	0,46
Dinamarca	0,20
França	0,40
Alemanya	0,10
Itàlia	0,30
Portugal	0,60
Espanya	0,40
Regne Unit	0,20

A finals de l'any 2011 s'estima un total de 33.000 persones vivint amb el VIH a Catalunya, quasi 3.000 persones més que en l'any 2002, essent la prevalença del VIH del 0,45% en la població general. D'aquestes, la majoria són homes (79%) i al voltant d'un 50% del total tenen entre 35 i 50 anys d'edat (**figura 3**).

Mitjançant dades disponibles del projecte multicèntric SIALON (The Capacity building in HIV/Syphilis prevalence estimation using non-invasive methods among MSM in Southern and Eastern Europe) (veure capítol Mètodes) s'ha estimat que, a la ciutat de Barcelona, el percentatge d'HSH amb infecció no diagnosticada va ser del 46,8% l'any 2008. Tot i que a Catalunya no es disposa d'estimacions directes del nombre de persones de la població general vivint amb el VIH

que desconeixen el seu sero-estatus, és probable que la proporció sigui similar que la que s'ha estimat a la resta d'Europa i que se situï al voltant d'un 25-30% ¹.

Figura 3. Distribució per edat i sexe de les persones vivint amb el VIH/sida. Catalunya 2011.



En quant a les tendències al llarg del temps en la distribució dels grups clau de les persones vivint amb el VIH (diagnosticats i no diagnosticats) entre 15 i 49 anys, s'estima a partir de l'any 1995 hi va haver una important disminució del nombre de persones vivint amb el VIH del grup dels UDVP i un augment progressiu dels HSH. Les persones heterosexuales segueixen sent una majoria de las persones infectades (**figura 4**). No obstant, les prevalences del VIH continuen essent les més elevades en la població dels UDVP (21.2%) i els HSH (14.7%). I molt inferior en la població d'homes i dones heterosexuales (0.37% i 0.32%, respectivament) (**figura 5**).

¹ [Hamers FF, Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe . HIV Med. 2008 Jul; 9\(Suppl 2\):6-12.](#)

Figura 4. Estimació de la distribució per poblacions clau de les persones vivint amb el VIH entre 15-49 anys. Catalunya 1979 – 2011.

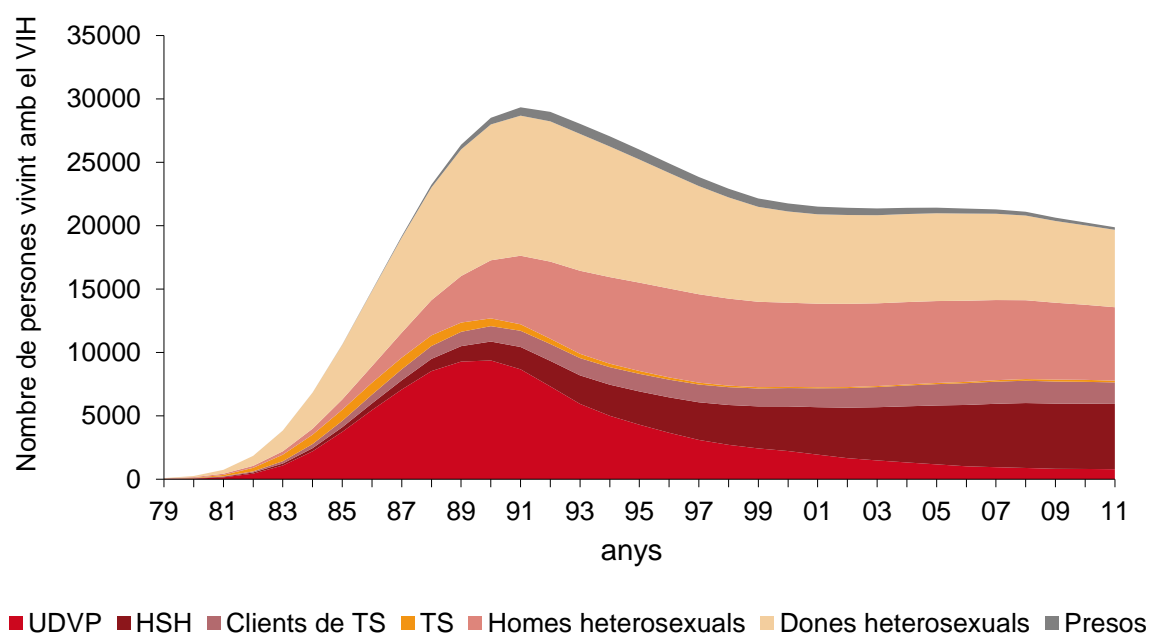


Figura 5. Estimació de la prevalença en poblacions clau de entre 15-49 anys d'edat. Catalunya 2011.



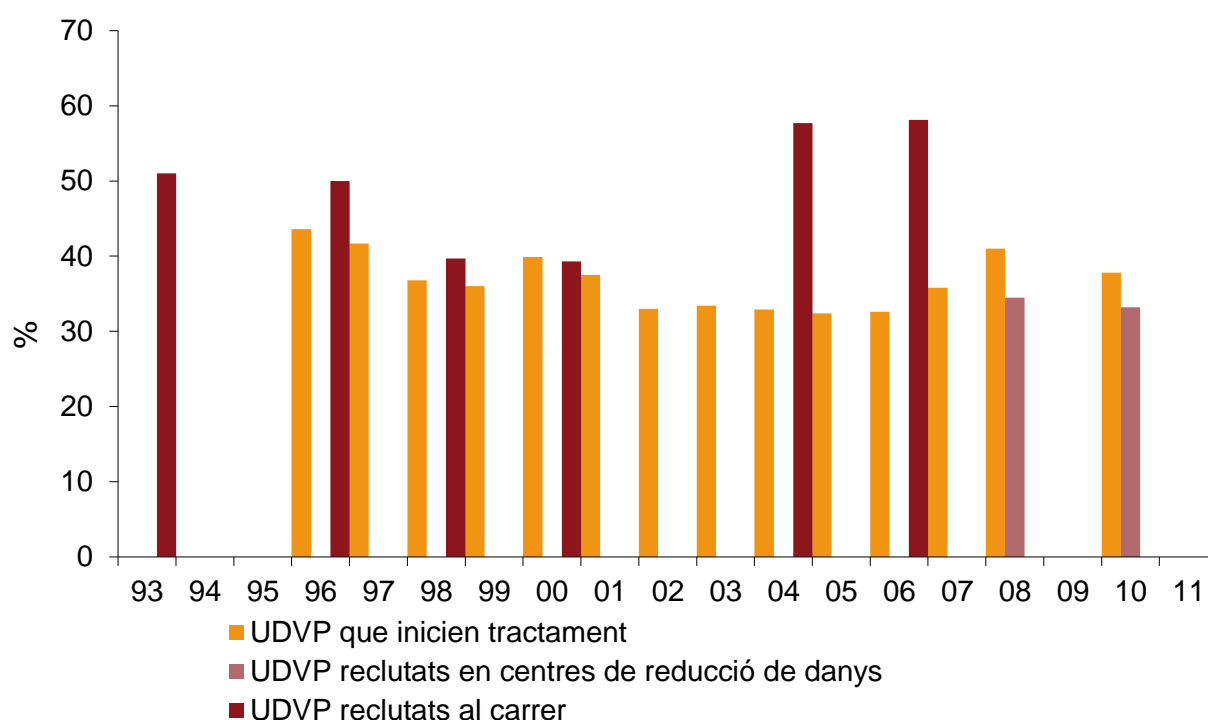
1.2 Prevalença del VIH en poblacions clau

Usuaris de drogues per via parenteral (UDVP)

La prevalença d'infecció pel VIH a partir de les mostres de fluid oral recollides en UDVP usuaris de centres de reducció de danys durant els anys 2010-2011 es manté elevada (33,2%), sent similar a l'observada al 2008-2009.

Aquesta prevalença segueix sent inferior a l'obtinguda en injectors reclutats en centres de la Xarxa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències, que va ser del 37,8% al 2010. Estudis previs realitzats en UDVP reclutats al carrer també mostraven prevalences del VIH més elevades (58,1% a l'any 2006) (**figura 6 i taula 1**).

Figura 6. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH en UDVP, Catalunya 1993-2011.



Fonts: HIVUDVPT-HIVUDVPC-REDAN

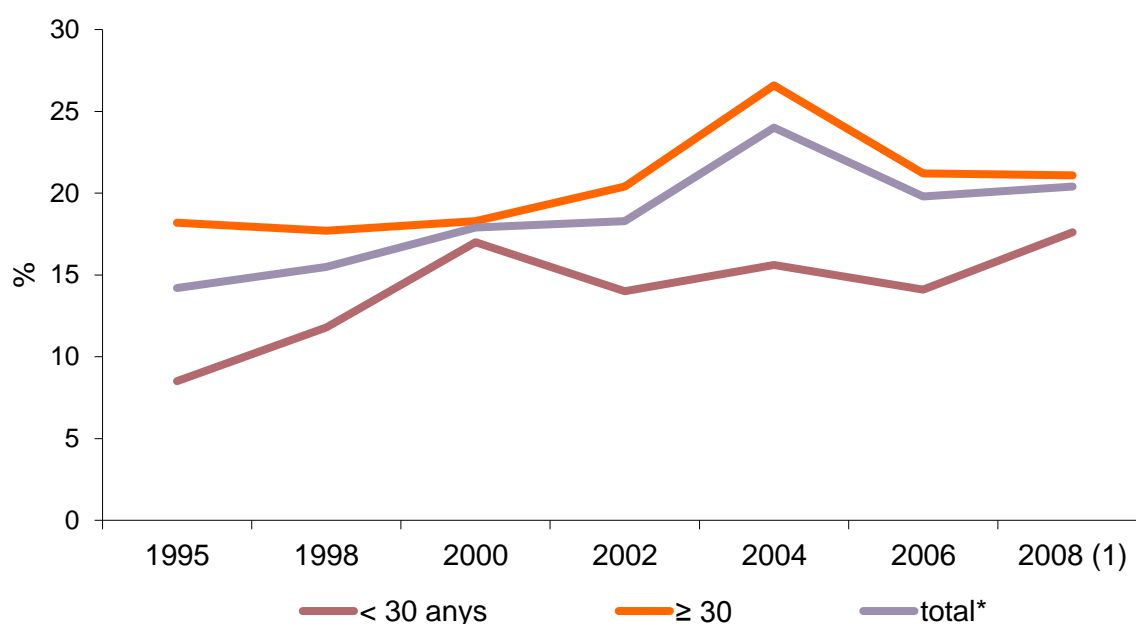
Si tenim en compte el país d'origen, són els injectors espanyols els que presenten la prevalença del VIH més elevada (40,8% i 21,1% en autòctons i immigrants reclutats en centres de reducció de danys el 2010 i 11, respectivament).

Homes que tenen sexe amb homes (HSH)

Els estudis transversals realitzats des de 1993 en el col·lectiu d'HSH reclutats en locals de trobada gai, mostren globalment un increment significatiu en la prevalença del VIH obtinguda a partir de mostres de fluid oral (del 14,2% al 1993 a 20,4% al 2008) (**figura 7 i taula 1**).

Si tenim en compte l'edat, aquestes prevalences han estat superiors entre els homes de major edat (17,6% en menors de 30 anys vs. 21,1% en els de 30 anys o més, respectivament al 2008) (**figura 7**).

Figura 7. Evolució de la prevalença del VIH en HSH segons grup d'edat. Catalunya, 1995-2008.



(*) Al 2008 s'han seleccionat els mateixos llocs de recollida de mostres de saliva que en els anys anteriors.

(**) Tendència significativa. Fonts: HIVHOM i SIALON I

Taula 1. Darrers resultats de prevalença de VIH en poblacions sentinella a Catalunya.

	Any d'inici	Perio- dicitat	Mostra biològica	Últimes dades disponibles	Volum poblacional	Prevalença (%)
Població general						
Dones embarassades	1994	Anual	Sang seca	2011	16.239	0,22
Donants de sang	1987	Anual	Sèrum	2011	271.308	0,01
Poblacions vulnerables						
UDVP reclutats en centre de reducció de danys	2008	Biennal	Saliva	2010-2011	757	33,20
tractament	1996	Anual	Sèrum	2010	465	37,80
UDVP reclutats al carrer	1993	Biennal	Saliva	2006	296	58,10
HSH *	1995	Biennal	Saliva	2008	142	20,40
Dones TS	2005	Biennal	Saliva	2009	400	2,50
Població penitenciària	1995	Anual	Sèrum	2011	4.027	10,90

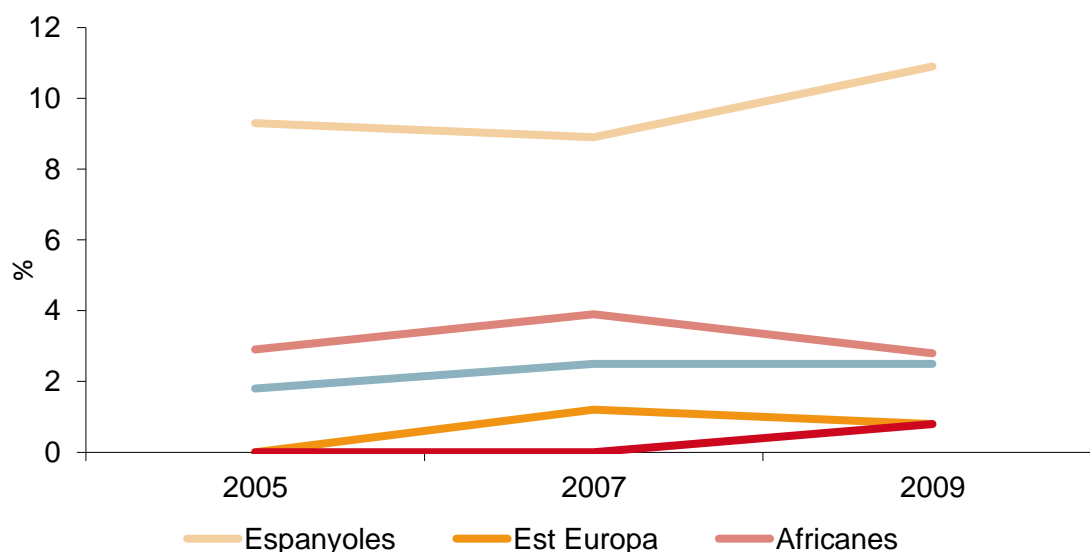
* Projecte SIALON (selecció dels mateixos centres de reclutament que els anys anteriors)

* Projecte SIALON (selecció dels mateixos centres de reclutament que els anys anteriors)

Dones treballadores del sexe (TS)

L'any 2009 s'observa una baixa prevalença d'infecció pel VIH (2,5%) en dones que exerceixen el treball sexual reclutades a Catalunya, similar al de les anteriors mesures realitzades (**taula 1**). Si tenim en compte el país d'origen, la prevalença és significativament major entre les dones espanyoles (11,4% en autòctones i 1,4% en immigrants). L'anàlisi de tendències segons país d'origen mostra una estabilització en la prevalença del VIH durant el període 2005-2009 en aquest col·lectiu (**figura 8**).

Figura 8. Evolució de la prevalença del VIH en dones TS segons país d'origen, 2005-2009.



Dones embarassades

El cribratge anònim no relacionat, a partir de mostratges procedents del programa de cribratge neonatal de metabolopaties realitzats a una mostra representativa de nadons nascuts vius cada any a Catalunya, es realitza des de l'any 1994.

La prevalença en mares de nadons nascuts vius l'any 2011 va ser del 0,22%. L'evolució de la prevalença (**figura 9**) mostra una tendència a disminuir, tot i que en alguns anys i de forma aïllada es veuen augments de la prevalença anual, com per exemple l'any 2011. No s'han observat diferències geogràfiques significatives entre províncies (**taula 2**).

Des del juny de 2002 fins al 2010 s'ha observat un augment de la prevalença del 0,22% al 0,30% del VIH entre les dones nascudes fora de l'Estat espanyol i el seu manteniment entre les dones nascudes a l'Estat espanyol (0,15% al 0,17%).

Figura 9. Evolució de la prevalença del VIH en les dones embarassades. Catalunya 1994-2011².



Taula 2. Prevalença del VIH en dones embarassades segons àrea geogràfica. Catalunya any 2011.

Província	nadons analitzats	VIH +	% prevalença	IC 95%
Barcelona	11.789	26	0,22	0,14-0,32
Girona	1.707	3	0,17	0,04-0,51
Lleida	977	4	0,41	0,11-1,04
Tarragona	1.766	3	0,17	0,03-0,49

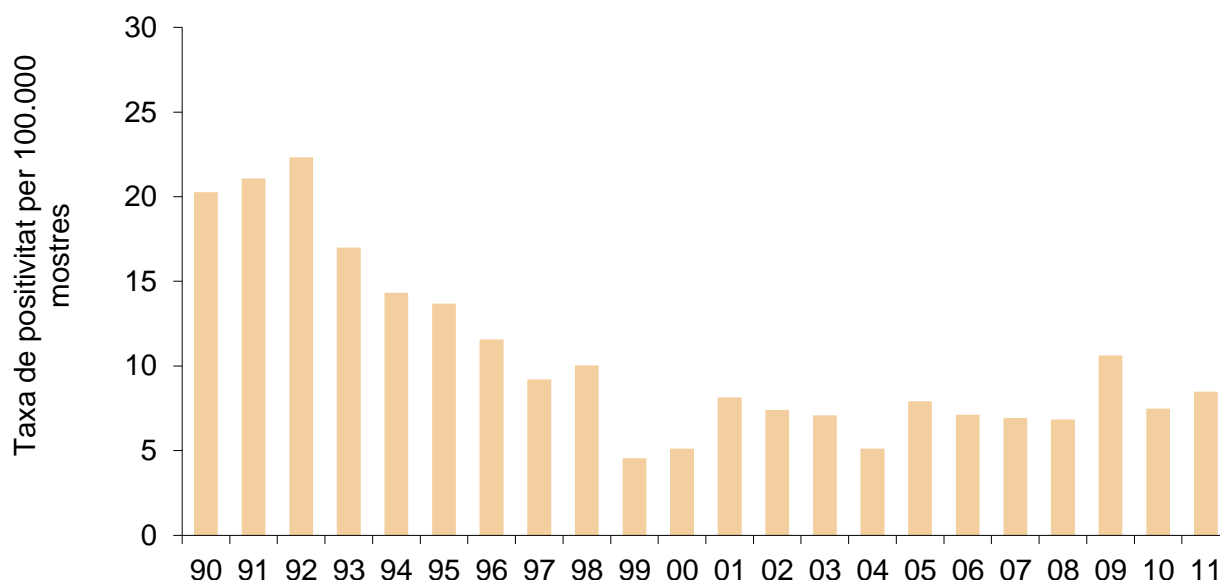
² [Carnicer-Pont D, Almeda J, Luis Marin J, Martinez C, Gonzalez-Soler MV, Montoliu A, et al.: HIV NADO working group. Unlinked anonymous testing to estimate HIV prevalence among pregnant women in Catalonia, Spain, 1994 to 2009. Euro Surveill. 2011 Aug 11;16\(32\). pii: 19940.](#)

L'edat mitjana de les dones embarassades VIH positives va augmentar de 26 anys l'any 1994 a 31 el 2011, aproximant-se a la mitjana de les dones embarassades no infectades.

Donants de sang

A Catalunya anualment es reben més de 250.000 donacions voluntàries de sang al Banc de Sang i Teixits. L'any 2011 es va obtenir una taxa de 8,48 donacions positives per 100.000 donacions (95%IC: 5,50 - 12,40) (**taula 1**), amb una elevada taxa en homes (13,55 per 100.000, 95%IC: 8,40 - 20,40) en comparació amb les dones (2,42 per 100.000, 95%IC: 0,60 – 6,40). La població masculina menor de 30 anys va presentar la major taxa d'infecció. La tendència es va mantenir al voltant de 7 donacions VIH positives per 100.000 donacions durant la darrera dècada (**figura 10**).

Figura 10. Evolució de la taxa de positivitat pel VIH en donants de sang. Catalunya 1990-2011.



Aquestes taxes són molt més baixes quan es comparen amb altres poblacions de baix risc (nadons i treballadors) perquè són obtingudes d'una població específica (població sana) i per tant no es poden extrapolar a la població general. No obstant, aquestes taxes són més elevades que les d'altres països d'Europa occidental³, tot i que l'heterogeneïtat en els criteris d'exclusió de donants entre països dificulten la interpretació d'aquestes diferències⁴.

³ [Monitoring HIV prevalence in blood donations in Europe. Euro Surveill. 2007 May 24;12\(5\):E070524.5](#)

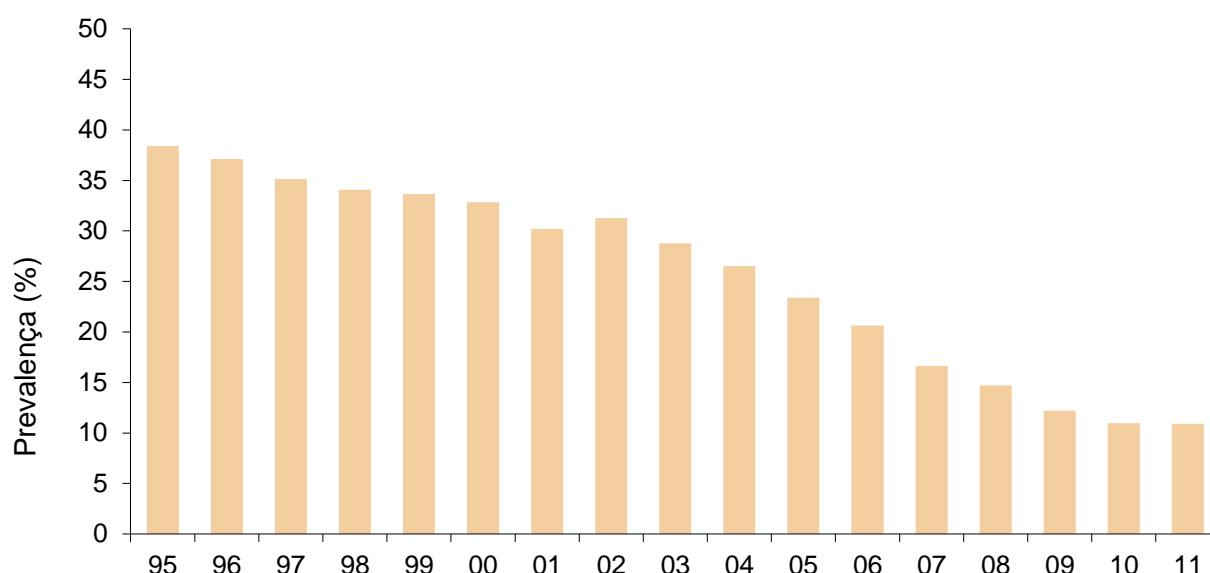
⁴ [Suligoi B, Raimondo M, Regine V, Salfa MC, Camoni L. Epidemiology of human immunodeficiency virus infection in blood donations in Europe and Italy. Blood Transfus. 2010 Jul;8\(3\):178–85.](#)

Interns a centres penitenciaris

L'any 2011 la prevalença d'infecció pel VIH a la població d'interns de tres centres penitenciaris a Catalunya va ser del 10,9% (95%IC: 9,9-11,9) (**taula 1**). L'evolució de la prevalença presenta una tendència a disminuir en els darrers 10 anys (**figura 11**).

L'any 2011, la majoria de les persones infectades van ser homes (380 VIH positius), essent la prevalença del 10,3% (95%IC: 9,3-11,3), amb una major proporció de joves entre 25 i 39 anys. El nombre de dones infectades va ser menor (59 VIH positives), tot i que les prevalences varen ser més elevades que en els homes (17% , 95%IC: 13,1-21,0), amb una edat mediana entre els 35 i 39 anys.

Figura 11. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH en la població d'interns a centres penitenciaris. Catalunya 1995-2011.



Aquestes prevalences són molt més elevades que les presentades a altres països d'Europa occidental, amb taxes menors d'1 per cada 100⁵⁶⁷. Aquestes diferències poden estar relacionades amb el tipus de centre analitzat i a diferències en el perfil epidemiològic dels interns, incloent una major proporció amb llargues condemnes, acumulant molta població usuària (especialment ex-usuària) de drogues endovenoses.

5 [Marco A. Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J; Grupo PREVALHEP. Estudio multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España.. Rev Esp Sanid Penit. 2012 Jun;14\(1\):19-27.](#)

6 [World Health Organization. Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015. Geneva: WHO; 2011.](#)

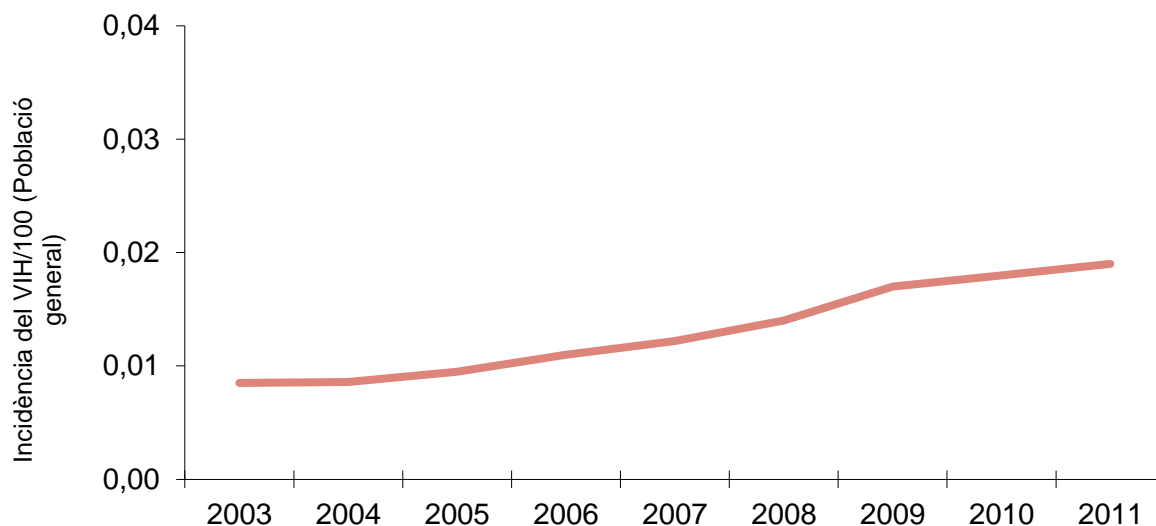
7 [World Health Organization. Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen: WHO; 2005.](#)

1.3 Incidència del VIH

Donada la impossibilitat de calcular de manera directa la taxa de noves infeccions de VIH que es produeixen en la població, l'aproximació a aquest paràmetre s'ha de realitzar mitjançant la triangulació de múltiples mètodes.

Les estimacions de la incidència del VIH a la població general s'ha calculat utilitzant tècniques de modelització matemàtica (Spectrum Projection package) que incorporen, entre d'altres, la informació reportada pel Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES)⁸. Emprant aquesta metodologia, la incidència va mostrar una tendència creixent en els darrers anys, augmentant de 0,09 nous casos per cada 1.000 persones l'any 2003 a 0,14 nous casos per cada 1.000 persones l'any 2008. Les estimacions realitzades amb aquests models proporcionen taxes d'incidència de 0,2 per 1.000 persones l'any 2011, que representarien uns 695 (450-1.306) nous casos d'infecció en la població de 15 a 49 anys (**figura 12**). Entre les noves infeccions del VIH s'estima que gairebé la meitat (48%) ocorren entre els 15 i 30 anys, principalment en homes (78%), i el 39% del total són HSH.

Figura 12. Estimacions de la incidència del VIH en la població general entre 15 i 49 anys d'edat, Catalunya 2003-2011.



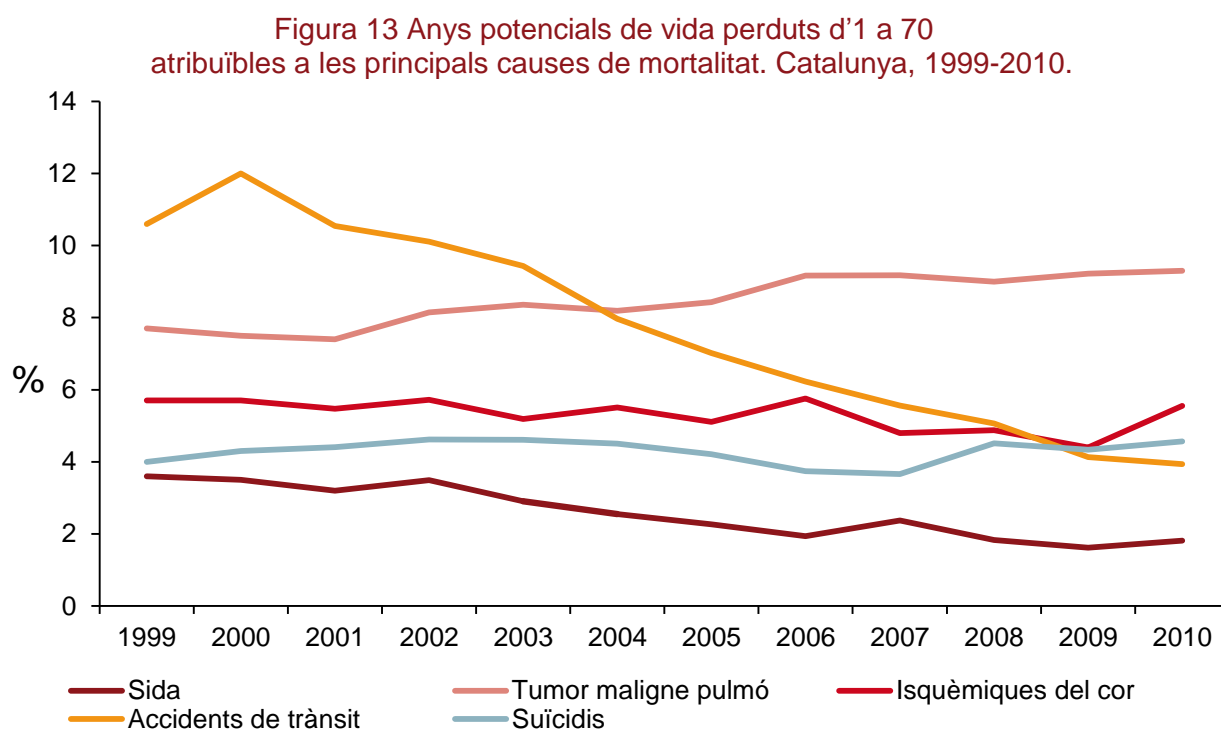
A la Cohort ITACA d'homes seronegatius que tenen sexe amb homes, establerta al centre comunitari BCN-Checkpoint, es va estimar una incidència del VIH del 2,4% (2,0-2,8%) durant el període 2008-2009 i 3,8% (3,4-4,3%) en el 2010-2011.

⁸ [Stover J, Johnson P, Hallett T, Becquet R, Timaeus IM. The Spectrum projection package: improvements in estimating incidence by age and sex, mother-to-child transmission, HIV progression in children and double orphans. Sex Transm Infect. 2010 Dec;86\(Suppl 2\):ii16–21.](#)

1.4 Esperança de vida, supervivència i mortalitat

Fins a finals del 2011 consten 10.741 defuncions en el Registre de casos de sida, 81,8% en homes i 18,2% en dones. El màxim nombre de defuncions es va produir l'any 1995, amb 1.193 morts. A partir d'aquell any, les morts varen disminuir de manera molt important fins l'any 1998 (descens del 70%) i des del 1999 el descens ha estat més lent. L'any 2008, el nombre de morts va ser un 28% inferior respecte el 2007.

A la **figura 13** es pot veure l'impacte de l'epidèmia de la sida sobre la mortalitat prematura en comparació amb les principals causes de mortalitat, mesurada mitjançant els anys potencials de vida perduts de 1 a 70 anys de Catalunya. L'any 2010, la mort per sida equival al 1,8% dels anys potencials de vida perduts de 73 causes de mort a Catalunya⁹



Font: Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

L'evolució del TAR ha augmentat l'esperança de vida dels pacients infectats pel VIH, passant d'una esperança als 20 anys de 37,7 anys a 47,2 anys en els pacients tractats entre 1998-2000 i 2006-2011, respectivament. No obstant, existeix una considerable variabilitat entre els diferents subgrups de pacients. L'esperança de vida als 20 anys va ser superior en les dones heterosexuales

⁹ Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2010. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012.

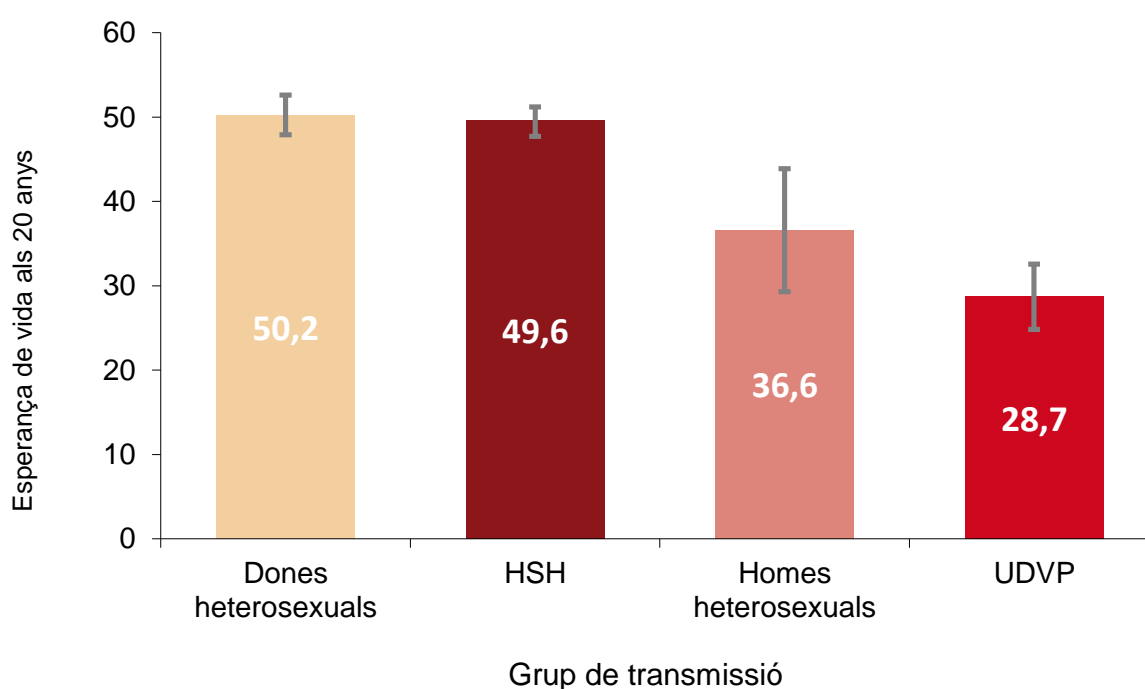
VIH i sida

(50,2 anys) i els HSH (49,6 anys) i inferior en homes heterossexuals i els UDVP (36,6 i 28,7 anys, respectivament) (**figura 14**).

De manera similar, els anys de vida potencials perduts abans dels 65 anys van disminuir, passant de 420,9 anys per 1000 persones-any de seguiment en el període 1998-2000 a 169,6 anys per 1000 persones-any de seguiment durant el període 2006-2011.

Amb el model Spectrum Projection package, s'ha estimat que l'any 2011 el TAR haurà evitat un total de 1.364 morts per VIH en la població, i s'hauran acumulat 18.854 anys de vida guanyats.

Figura 14. Esperança de vida segons grups de transmissió en pacients en TAR entre 2006 i 2011, Cohort PISCIS.



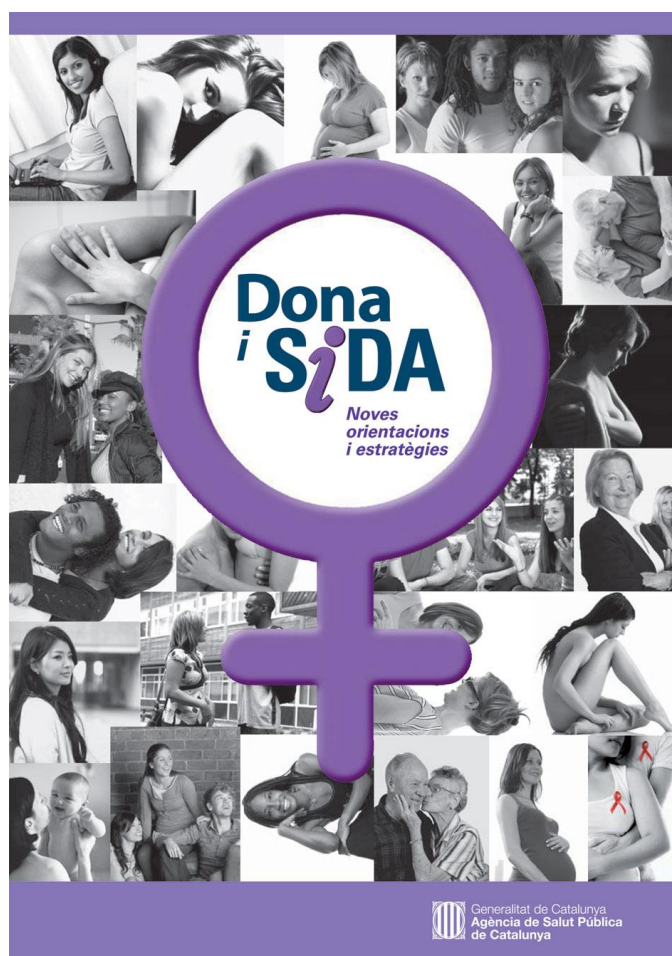
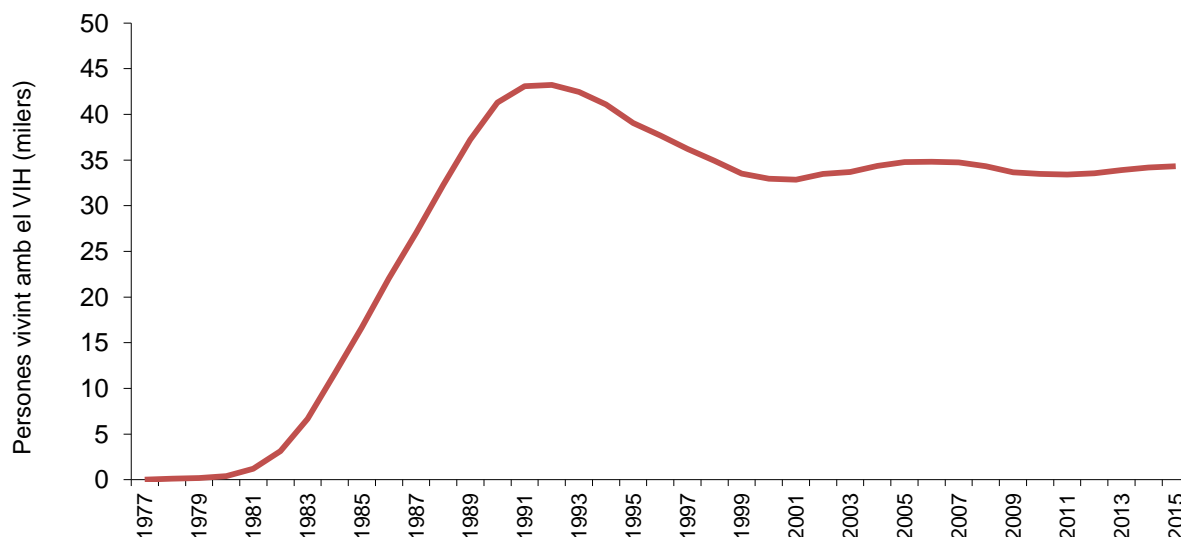
1.5 Projeccions

S'estima que a Catalunya l'any 2017 hi haurà fins a 34.700 persones vivint amb el VIH (**figura 15**), essent la prevalença del VIH en la població entre 15 i 49 anys de 47 casos per 10.000. Del total de persones vivint amb el VIH durant aquest any, s'estima que unes 23.600 (18.100-26.500) tindran criteris per rebre tractament. Considerant aquestes estimacions produïdes amb el model Spectrum, juntament amb les dades de CatSalut sobre el nombre de persones rebent TAR, s'estima que el cost total del TAR per l'any 2017 serà, aproximadament, de 210 milions d'euros (160-235).

Les estimacions de la incidència a Catalunya pel període 2012-2017 són de 1-3 nous casos d'infecció per 10.000 persones l'any, que equival a entre 300 i 1.000 noves infeccions de VIH

l'any. Assumint que els nivells de cobertura del TAR es mantindran similars als de l'any 2009, les projeccions del model indiquen que tant el nombre de persones vivint amb el VIH, com la incidència del VIH romandran estables durant els propers 5 anys.

Figura 15. Estimació i projecció del nombre de persones vivint amb el VIH. Catalunya 1978-2017.



2. Diagnòstic de VIH/sida

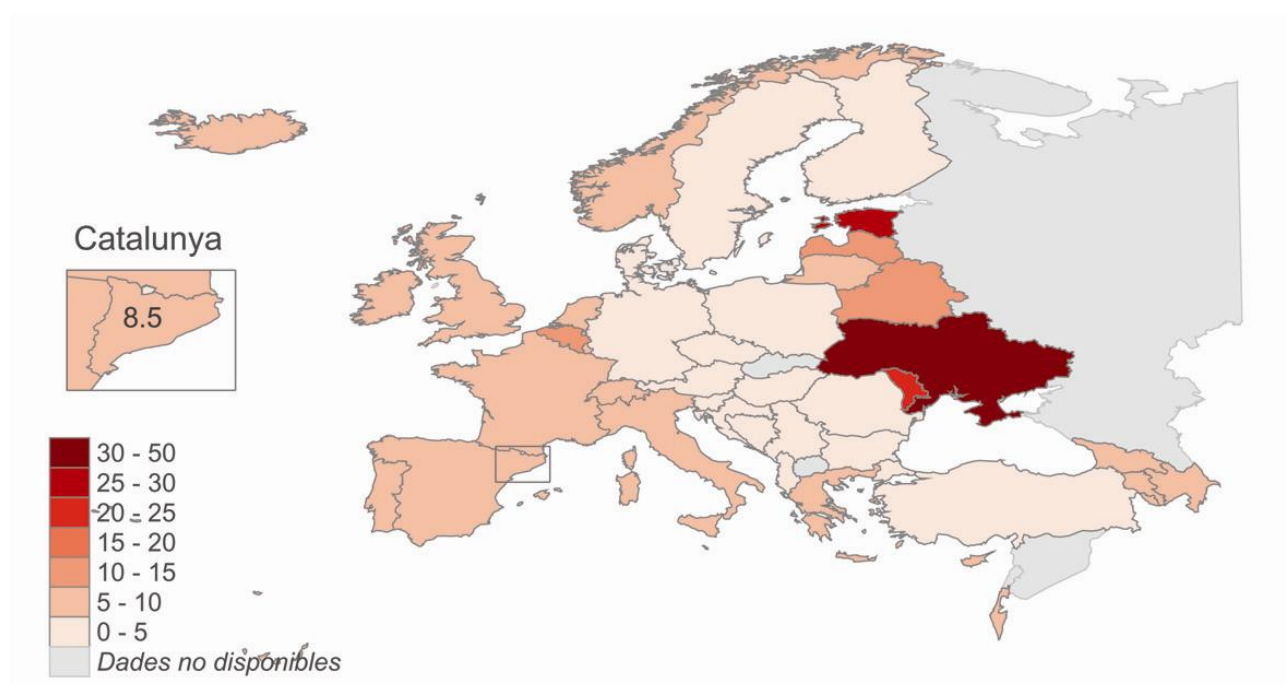
Missatges clau

- L'any 2011 s'han notificat 609 diagnòstics de VIH, representant 8,5 casos per 100.000 habitants, similar a la mitjana europea (7,6 casos per 100.000 habitants).
- El nombre de diagnòstics de VIH entre HSH s'ha incrementat aproximadament un 7,6% anual entre 2001 i 2011.
- La proporció de persones immigrants entre els nous diagnòstics de VIH continua augmentant, havent passat d'un 24,4% el 2001 a un 46,1% el 2011. Cal assegurar l'accés als serveis sanitaris d'aquests col·lectius i millorar l'accés a la prova diagnòstica del VIH i a les mesures de prevenció primària i secundària.
- En els darrers 10 anys, la proporció de persones amb un diagnòstic tardà ha disminuït, tot i que l'any 2011 encara es manté elevat (42%). Els homes homosexuals i els UDVP són els grups que presenten major percentatge de diagnòstic tardà (55% i 59%, respectivament).
- Des de l'any 2006 s'observa un increment de la proporció d'infecció recent entre els nous diagnòstics de VIH. La proporció d'infecció recent és més elevada entre els HSH (27%) respecte els heterossexuals (15%).

2.1 Diagnòstics de VIH

A Europa durant el 2011, s'han notificat un total de 53.974 diagnòstics de VIH, el que representa una taxa de 7,6 casos per 100.000 habitants (**figura 16**). Les taxes de VIH varien molt entre països, essent Estònia (27,3), Ucraïna (38,0) i Moldàvia (20,3) els que reporten taxes superior als 20 casos per 100.000 habitants, i d'altres set països taxes superiors a 10 per 100.000 habitants: Bielorrússia (12,6), Bèlgica (10,7), Kazajistan (12,5), Kirguistan (11,1), Letònia (13,4), Regne Unit (10,0) i Tadjikistan (13,7)¹.

Figura 16. Taxa de diagnòstic de VIH per 100.000 habitants a Europa l'any 2011.



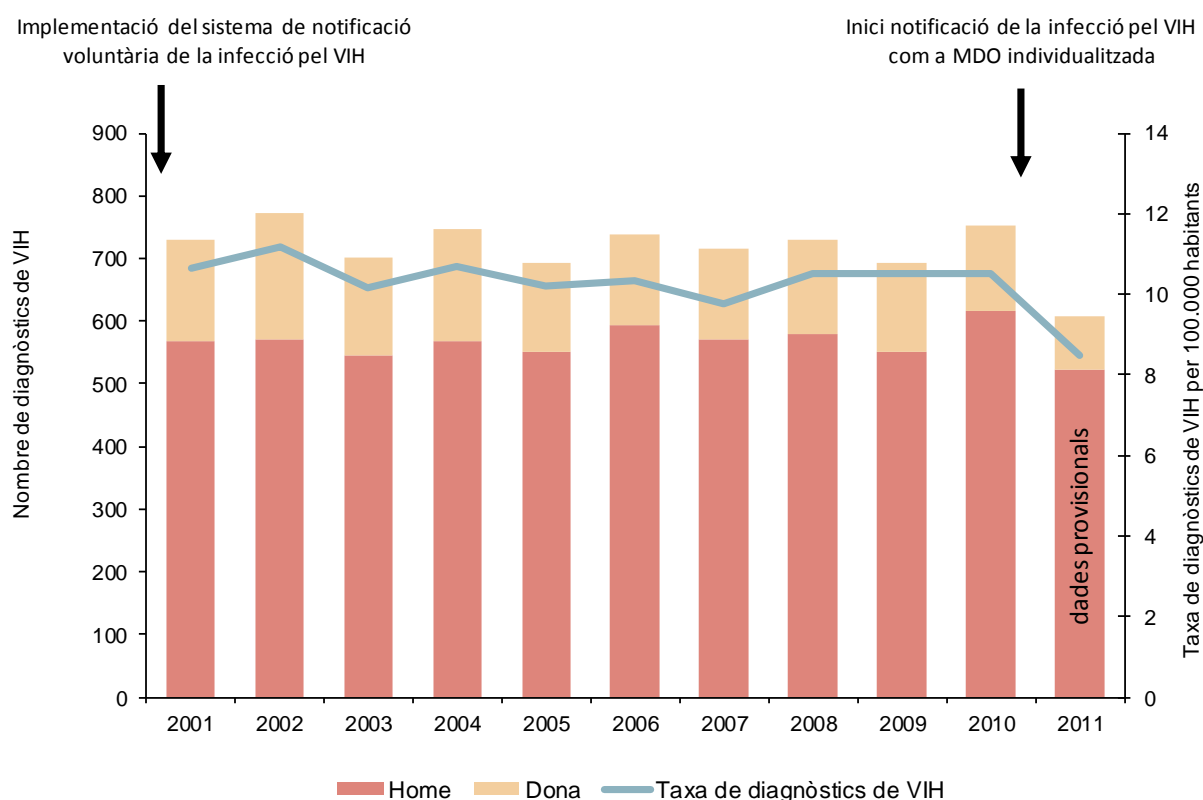
Taxa de diagnòstic de VIH per 100.000 habitants	
Catalunya	8,5
Portugal	8,5
França	6,3
Espanya	8,4
Itàlia	5,8
Dinamarca	4,8
Regne Unit	10
Alemanya	3,5

¹ [European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2012.](#)

Pel que fa a Espanya, l'any 2011 es van notificar un total de 2.763 diagnòstics de VIH de 17 comunitats autònomes. La taxa va ser de 8,4 casos per 100.000 habitants essent les comunitats autònomes de Balears, Madrid, Canàries, País Basc i Catalunya les que varen tenir taxes per sobre de la mitjana².

Al Registre de malalties de declaració individualitzades de Catalunya l'any 2011 s'han notificat 609 diagnòstics de VIH, el que representa una taxa global de 8,5 casos per 100.000 habitants. La taxa de diagnòstics de VIH s'ha mantingut aproximadament constant en tot el període (dades de l'any 2011 provisionals pel retard en la notificació) (**figura 17**).

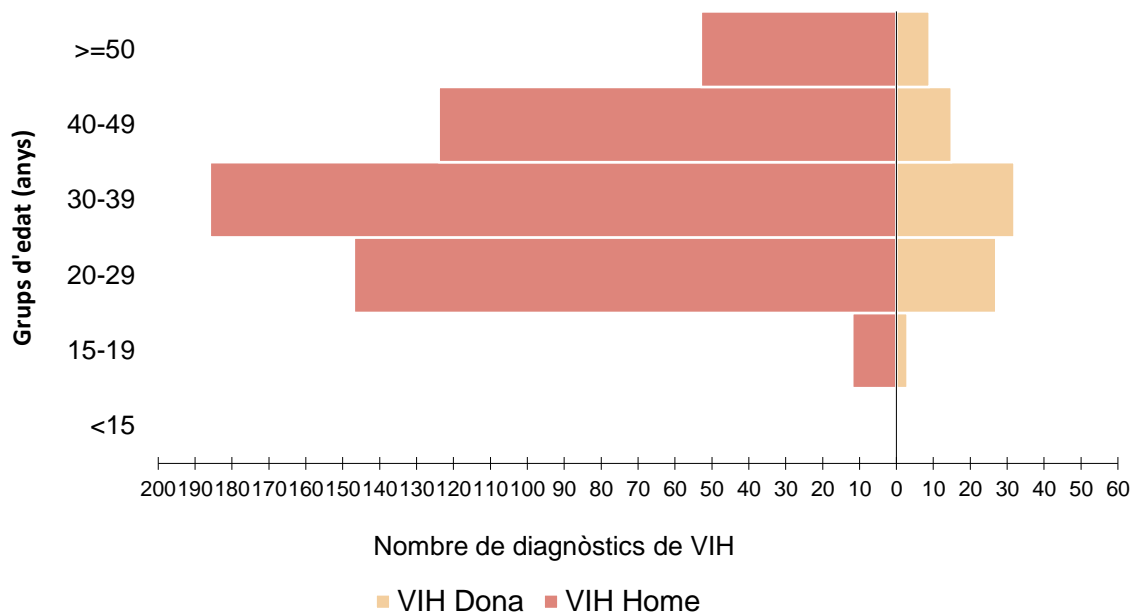
**Figura 17. Freqüència i taxes de nous diagnòstics de VIH.
Registre de VIH de Catalunya, 2001-2011.**



El 85,9% dels casos són homes i el 14,1% dones, essent les taxes de 14,7 i 2,4 casos per 100.000 habitants, respectivament. La raó home-dona és de 6:1. La mitjana d'edat global és de 35,96 anys, essent de 36,08 anys en els homes i de 35,25 anys en les dones. El 64,6% dels casos tenen entre 20 i 39 anys (**Figura 18**).

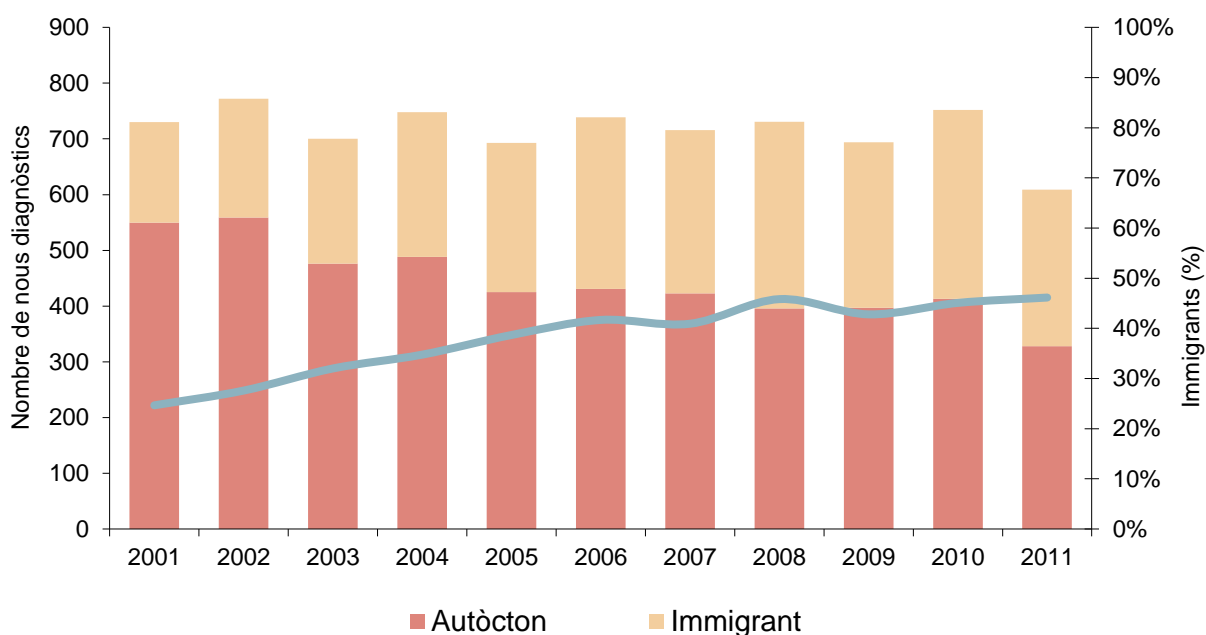
² [Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Actualización 30 de junio de 2011. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior; 2011.](#)

Figura 18. Distribució dels diagnòstics de VIH per sexe i grup d'edat.
Registre de VIH de Catalunya, 2011.



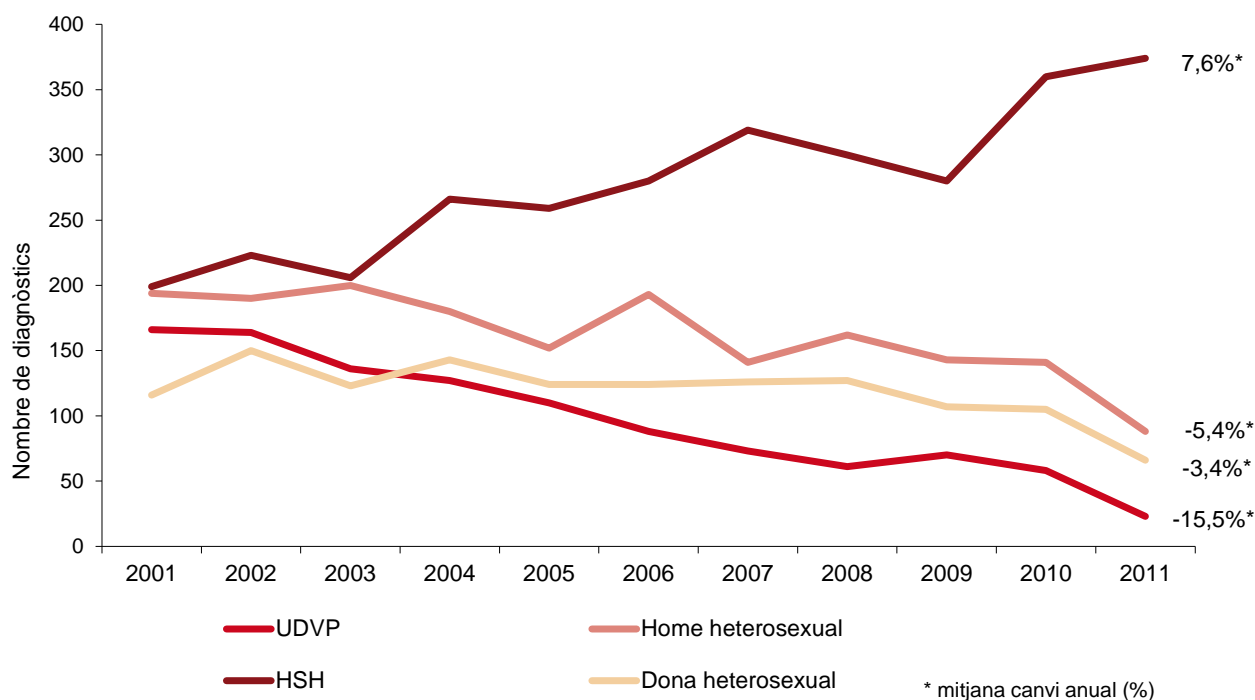
El 46,1% dels nou diagnòstics han estat notificats en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total, un 62,3% són persones originàries de països d'Amèrica Llatina, seguit de les persones provinents de l'Europa Occidental i de l'Àfrica Subsahariana (14,6% i 13,2%, respectivament). S'observa un increment progressiu de les persones immigrants en el total de casos de VIH al llarg del període analitzat, passant del 24,7% l'any 2001 al 46,1% l'any 2011 (figura 19).

Figura 19. Evolució dels nous diagnòstics de VIH segons origen.
Registre de VIH de Catalunya, 2001-2011.



La via de transmissió més freqüent ha estat la dels HSH (61,5%) seguit dels homes heterossexuals (14,5%), de les dones heterossexuals (10,9%) i dels UDVP (3,8%). En un 9,4% dels casos la transmissió no ha estat identificada (**figura 20**).

Figura 20. Evolució dels diagnòstics de VIH segons grups de transmissió i sexe.
Registre de VIH de Catalunya, 2001-2011.



Els patrons de transmissió de la infecció pel VIH en les persones immigrants difereixen segons les regions d'origen i coincideixen amb els de les zones de procedència. En les persones provinents d'Europa Occidental i d'Amèrica Llatina predomina la transmissió entre HSH. En les persones provinents d'Europa Oriental predomina la transmissió entre UDVP. En les que provenen d'Àfrica del Nord els homes heterossexuals, i en els que provenen d'Àfrica Subsahariana els homes i dones heterossexuals.

El nombre de diagnòstics de VIH en HSH ha incrementat un 88%, passant de 199 casos al 2001 a 374 casos al 2011. El nombre de diagnòstics de VIH en homes heterossexuals ha disminuït un 55%, passant de 194 casos al 2001 a 88 casos al 2011 i en dones heterossexuals ha disminuït un 43%, passant de 116 casos al 2001 a 66 casos al 2011. Finalment, el nombre de diagnòstics de VIH en UDVP ha disminuït un 86%, passant de 166 casos al 2001 a 23 casos al 2011 (**figura 20**).



ALGUNES PERSONES DESCOBREIXEN QUE ESTAN INFECTADES PEL VIH MASSA TARD, QUAN JA TENEN LA SIDA. EL DIAGNÒSTIC PRECOÇ DEL VIH ÉS MOLT IMPORTANT PER A UN BON PRONÒSTIC DE LA INFECCIÓ. DESPRÉS D'UN RISC FES-TE LA PROVA DEL VIH TÀN AVIAT COM SIGUI POSSIBLE.

DEMANA CITA AL:

933 182 056

BCN CHECKPOINT: COMTE BORRELL 164-166, 08015 BARCELONA

- SERVEI ANÒNIM, GRATUÏT I CONFIDENCIAL
- PROVES RÀPIDES
- HORARI ININTERROMPUT (DE DILLUNS A DIVENDRES D'11 A 20H)

bcn checkpoint
VIH-SIDA • ITS • SEXUALITAT • HOMES • SALUT
bcncheckpoint.com



2.2 Infeccions recents i subtipus

Infecció recent

La identificació de les infeccions recents entre els nous diagnòstics proporciona una estimació més precisa de la dinàmica actual de l'epidèmia, atès que els nous diagnòstics de VIH poden incloure infeccions que van ocórrer alguns anys abans del diagnòstic. Per tant, l'estimació de la infecció recent ha estat incorporada als sistemes de vigilància epidemiològica en molts països desenvolupats, i des de l'any 2006 a Catalunya (AERI nota metodològica).

El percentatge global d'infecció recent va ser del 22,3% (IC95%: 20,4-24,3). Les infeccions recents van ser més freqüents entre els homes que entre les dones (22,9% i 19,2%, respectivament), i entre les persones d'edats inferiors a 30 anys (26,8%) comparat amb els majors de 59 anys (9,1%). En quant al grup de transmissió, la proporció d'infecció recent va ser 27,5% en els HSH i 15,4% en els heterosexuales. En els pacients d'origen autòcton la proporció va ser de 23,3% i 20,5% en immigrants, essent la proporció més elevada en les persones provinents de l'Amèrica Llatina (22,8%), seguit pels de l'Àfrica Subsahariana (11,7%) (**figura 21**). Un 13,3% havien estat diagnosticats d'alguna infecció de transmissió sexual (ITS) durant els 12 mesos previs al diagnòstic. La mitjana del recompte de CD4 entre les persones amb infecció recent era de 541 mentre que entre els nous diagnòstics sense infecció recent era de 381, essent aquesta diferència significativa.

El percentatge d'infecció recent per any de diagnòstic va augmentar del 16,7% l'any 2006 a 32,4% el 2009 (**figura 22**), essent la tendència similar per edat, sexe i grup de risc.

Figura 21. Proporció d' infecció recent en grups seleccionats, Catalunya 2006-2011.

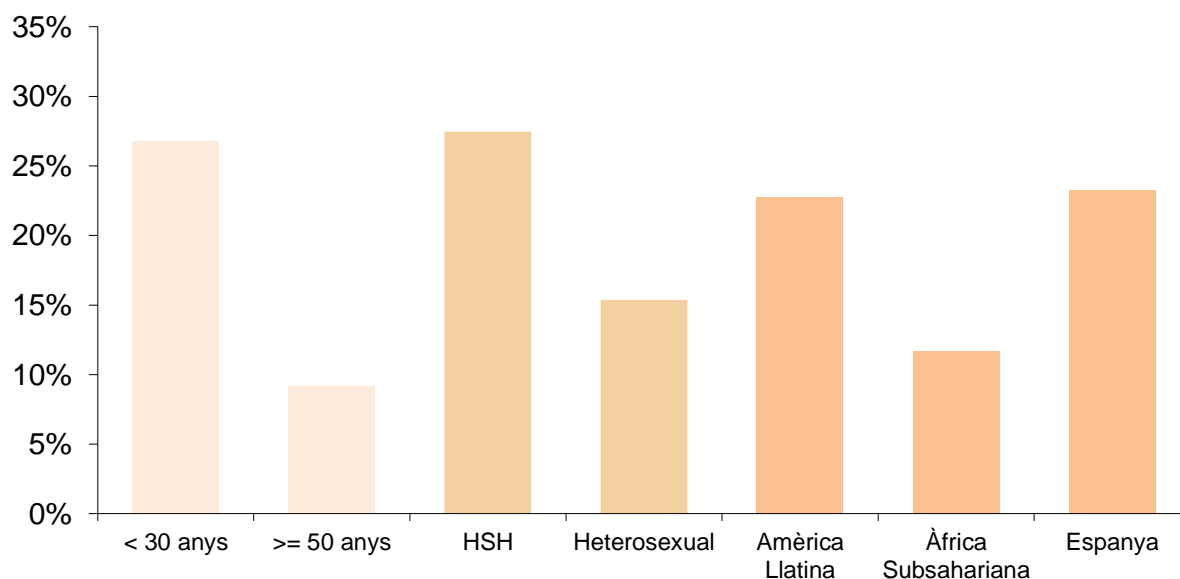
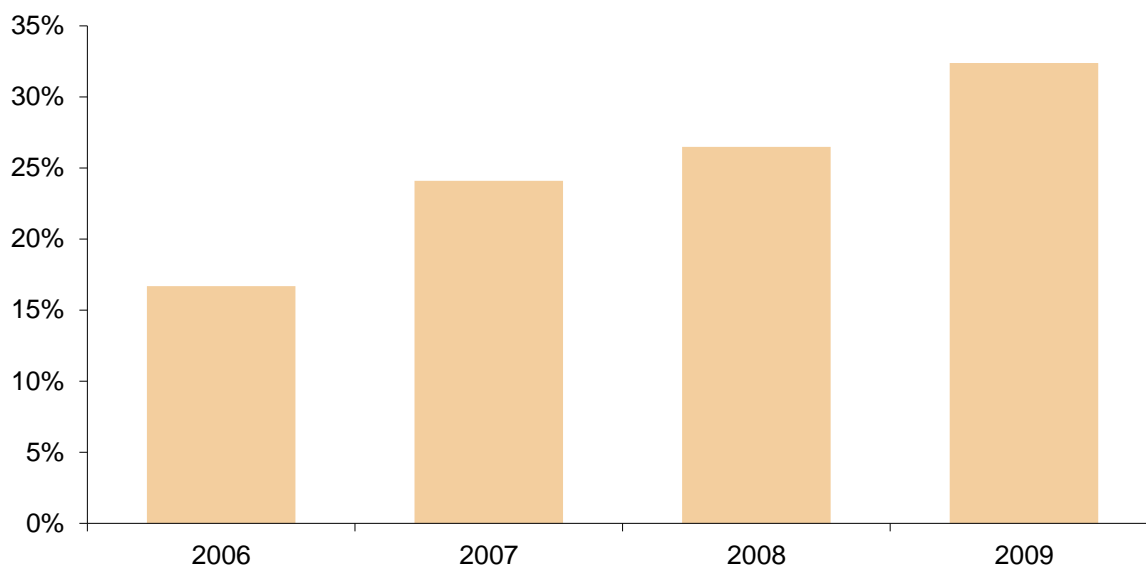


Figura 22. Evolució de la proporció de nous diagnòstics de VIH amb infecció recent. Catalunya 2006-2009.



Subtipus del VIH

A Espanya, igual que altres països d'Europa occidental i Amèrica del Nord, el subtipus de VIH-1 més prevalent va ser el B, tot i articles recents descriuen una progressió ràpida dels altres subtipus no B³. El coneixement de la prevalença de subtipus no B en el nostre medi permetrà estimar quins són els problemes a l'hora d'utilitzar tests diagnòstics i mesures de càrrega viral (CV) validats per subtipus B.

Respecte als subtipus de VIH-1, de 182 seqüències analitzades, 35 (19,2%) es van identificar com a subtipus no B. Per grups d'edat, els individus entre 40 i 50 anys presentaven una major prevalença de subtipus no B (47,6%) respecte als altres grups. Per grup de transmissió, els UDVP presentaven una major prevalença de subtipus no B (41,7%) i entre els pacients d'origen immigrant, un 30% estaven infectats per un subtipus no B.

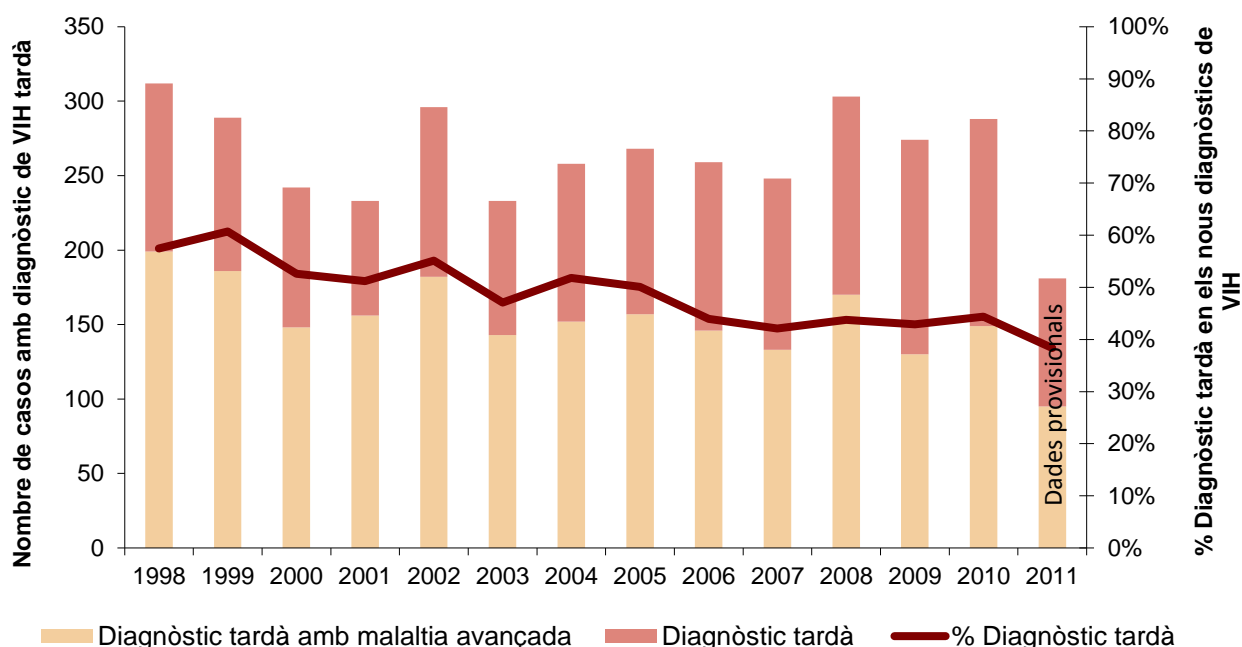
2.3 Diagnòstic tardà

Es defineix diagnòstic tardà de la infecció pel VIH quan la xifra del recompte de limfòcits CD4 més pròxima al diagnòstic és inferior a 350 cels/microlitre (μ L) i/o presenta una malaltia definitiva de sida. Es defineix diagnòstic tardà amb malaltia avançada quan el recompte de CD4 és inferior a 200 cels/ μ L i/o presenta una malaltia definitiva de sida.

³ [García F, Pérez-Cachafeiro S, Guillot V, Alvarez M, Pérez-Romero P, Pérez-Eliás MJ, et.al.: Cohort of the Spanish AIDS Research Network \(CoRIS\). Transmission of HIV drug resistance and non-B subtype distribution in the Spanish cohort of antiretroviral treatment naïve HIV-infected individuals \(CoRIS\). Antiviral Res. 2011 Aug;91\(2\):150-3.](#)

L'any 2010, entre els pacients amb un nou diagnòstic de VIH identificats en la Cohort PISCIS (veure capítol mètodes) 41,8% varen presentar un diagnòstic tardà i 21,8% un diagnòstic tardà amb malaltia avançada.

Figura 23. Evolució del diagnòstic tardà i malaltia avançada en els nous diagnòstics de la Cohort PISCIS, 1998-2011.



La proporció de diagnòstic tardà va ser similar en els homes i les dones (41,0% i 46,1%, respectivament) i va augmentar amb l'edat, essent del 25% en menors de 25 anys, del 37,7% entre els 25 i 44 anys, del 45,5% entre els 45 i 49 anys i del 51,7% en els majors de 49 anys. Respecte la via de transmissió, la major proporció de diagnòstic tardà s'observa entre els homes heterossexuals (54,8%) i els UDVP (58,7%), i seguit de les dones heterossexuals (45,9%). Els HSH són els que presenten menor diagnòstic tardà (35,9%).

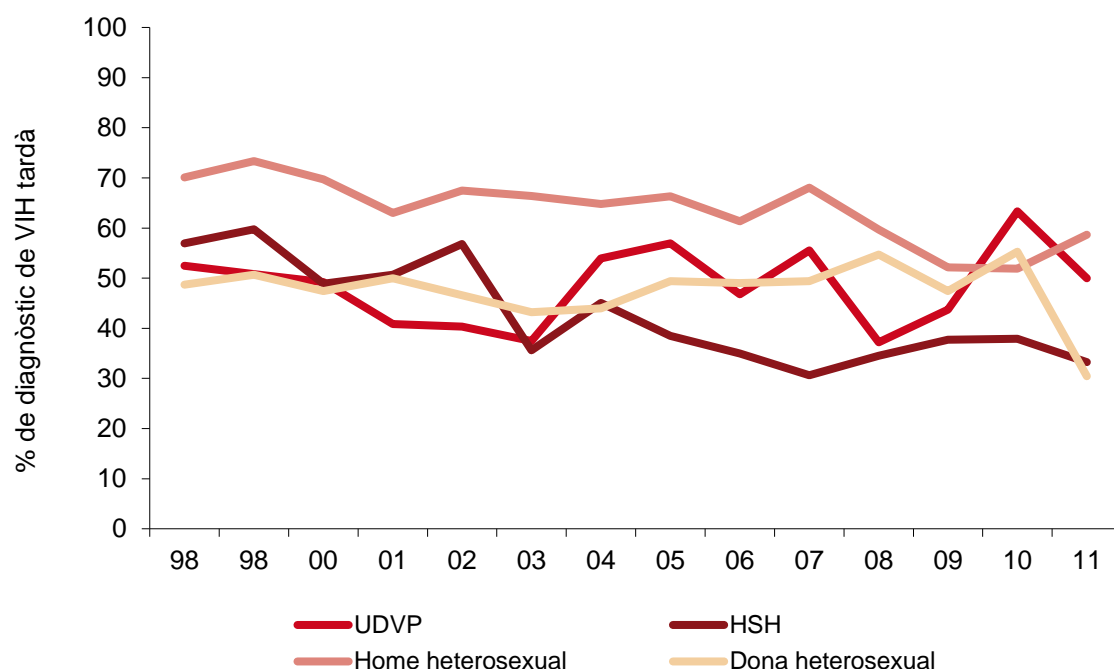
S'observa una disminució en la proporció de diagnòstic tardà de la infecció pel VIH passant del 57,5% el 1998 al 44,4% el 2010 i 38,3% el 2011. En analitzar la tendència del diagnòstic tardà segons la via de transmissió, el descens només es manté per als HSH, passant del 56% el 2001 al 33% el 2011, i els homes heterossexuals, passant del 70,1% al 58,2% (figura 24).

2.4 Diagnòstics de la sida

Durant l'any 2011, s'han notificat 107 casos de sida, el que representa una taxa global d'1,5 casos per 100.000 habitants (figura 25). Les dades que es presenten pel 2011 no estan ajustades pel retard de notificació.

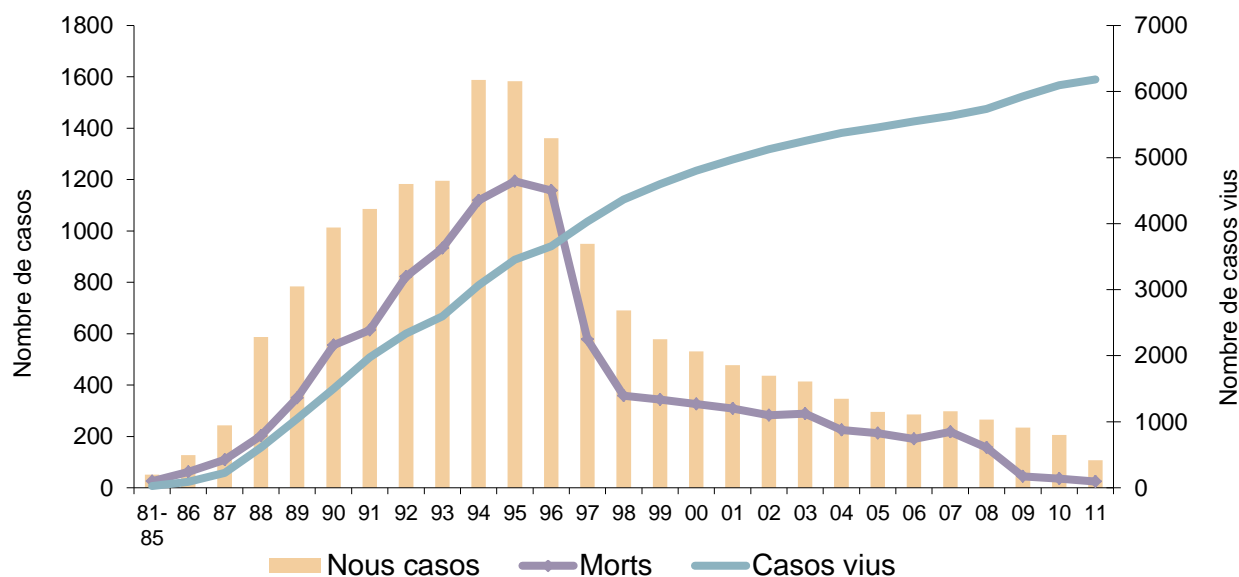
El 83,2% dels casos són homes i el 16,8% dones, essent les taxes de 2,5 i 0,5 casos per 100.000 habitants respectivament. La raó home-dona és de 5.

Figura 24. Evolució del percentatge de diagnòstic tardà segons via de transmissió en els nous diagnòstics de la Cohort PISCIS, 1998-2011.



Entre els casos de sida notificats al 2011, la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* ha estat la malaltia indicativa més freqüent amb 26 casos (24,3%), seguida de la tuberculosi pulmonar o extrapulmonar amb 15 casos (14,0%). Des de la incorporació de la tuberculosi pulmonar a la definició de cas de sida l'any 1993, en el nostre medi la tuberculosi pulmonar o extrapulmonar ha esdevingut la malaltia indicativa més freqüent. A partir de l'any 2009 la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* quasi iguala a la tuberculosi, i per primera vegada l'any 2010 la supera en proporció, 23,3% respecte 22,3% per a la tuberculosi.

Figura 25. Evolució anual dels casos de sida residents a Catalunya, 1981-2011.



Tendències pel període 1981-2010

El nombre total de casos de sida notificats des de 1981 fins a 31 de desembre de 2011 és de 16.916. Des del diagnòstic del primer cas l'any 1981, la taxa anual d'incidència va augmentar progressivament, passant de 0,8 casos per 100.000 habitants l'any 1983 fins a arribar a 26,0 casos per 100.000 habitants l'any 1994, coincidint amb l'expansió de la definició epidemiològica de cas de sida. Entre 1996 i 1998 es va produir una forta davallada en el nombre de casos (1.361 i 691 casos, respectivament), representant una disminució de les notificacions de sida del 49% en 2 anys. Des d'aleshores, la disminució anual del nombre de casos de sida és menor i més gradual, reflectint l'estabilització de l'efecte de les noves teràpies en la incidència de casos de sida. Tenint en compte el retard de notificació, durant l'any 2011 el nombre de casos de sida notificats ha disminuït un 42% respecte el 2010 (**figura 25**).

Pel que fa als casos de sida pediàtrica, aquests van experimentar una dràstica disminució a partir de l'any 1996 en que es va incorporar la profilaxi amb zidovudina en les dones embarassades infectades pel VIH. Del total dels 224 casos pediàtrics (menors de 13 anys) que consten notificats al Registre de casos de sida de Catalunya fins a 31 de desembre de 2011, la major part s'han produït per transmissió vertical (TV) (92%), i en una petita proporció per productes sanguinis (5,4%) o per transfusió sanguínia (1,3%). L'any 2009 es va notificar el darrer cas de sida en un nadó.

2.5 La infecció pel VIH/sida a Barcelona

* Patricia Garcia de Olalla, Roser Clos, Pilar Gorrindo, Joan A Caylà i equip d'infermeria del Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

La infecció pel VIH/sida és un problema de salut pública major que cada vegada es concentra més a grans ciutats com Barcelona, que en absència de tractament comporta una major probabilitat de transmetre el VIH, de desenvolupar la sida i de morir.

Infecció pel VIH

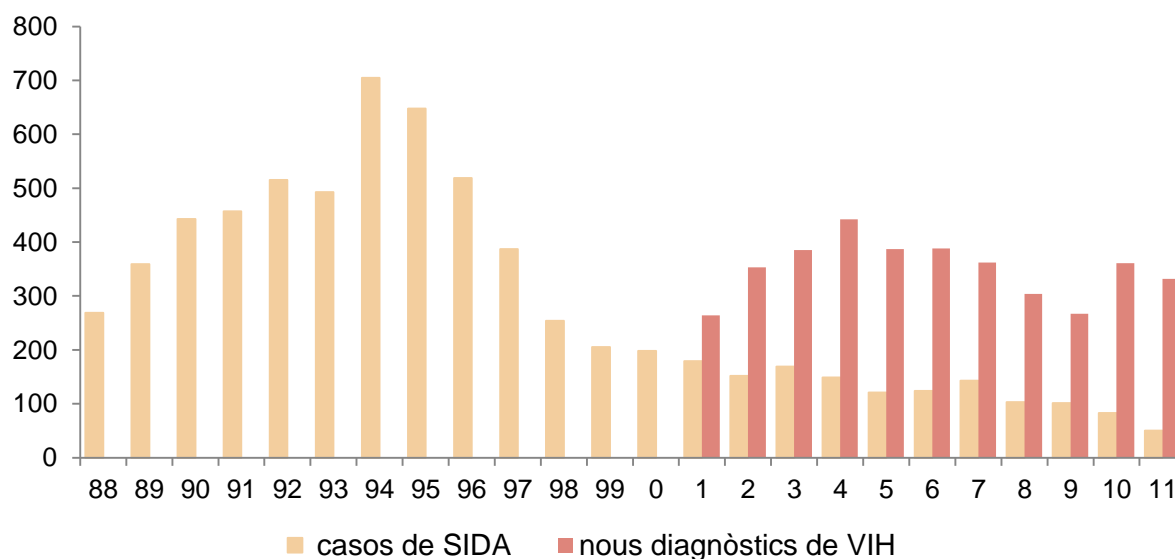
Entre els anys 2001 i 2011 es van notificar 4.070 casos d'infecció pel VIH, observant-se un increment del 24% entre el 2009 i l'any 2010, probablement atribuït a l'entrada en vigor de la notificació obligatòria del VIH (**figura 26**).

El 76,9% (3.131) dels casos notificats corresponen a residents a Barcelona, oscil·lant entre els 216 l'any 2001 i els 361 l'any 2010.

El 2011 s'han notificat 332 casos de VIH, 309 (93%) en homes i 23 (7%) en dones, el que suposa una taxa anual en residents a Barcelona de 40,1 per 100.000 homes i del 2,7 per 100.000 dones. El 70% dels casos tenien entre 20 i 40 anys, essent la mediana d'edat de 34 anys, tant en homes com en dones.

El 31% dels pacients es va diagnosticar quan presentaven un nivell de limfòcits T CD4 menors de 350 cel/μl.

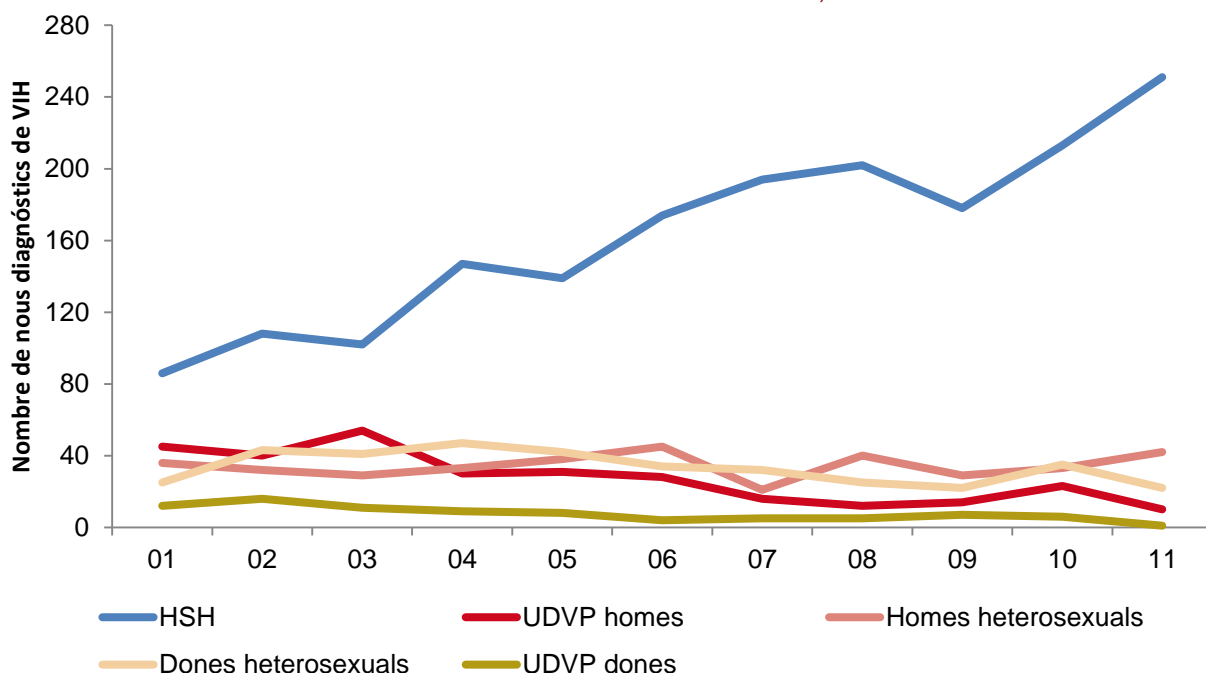
Figura 26. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH i sida residents a Barcelona, 1988-2011.



El 46% dels homes i el 44% de les dones corresponien a persones nascudes a Espanya.

En el 81% (251) dels casos la via predominant de transmissió entre els homes va ser les relacions homosexuals, seguida de les heterosexuals amb el 14% (42) i l'ús de drogues per via parenteral amb solament el 2,3% dels casos (7). Entre les dones el 96% dels casos es van transmetre per les relacions heterosexuals desprotegides (**figura 27**). El 31% dels pacients van tenir un diagnòstic tardà.

Figura 27. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons sexe i via de transmissió. Residents a Barcelona, 2001-2011.



Diagnòstic de SIDA

Des de la introducció del TAR s'observa un descens important dels casos de sida. Així, entre el 2001 i el 2011 s'ha observat una disminució del 62%, passant dels 180 a 68 casos, respectivament (**figura 26**). Aquest declivi no es distribueix d'igual manera entre homes i dones, ni segons la via de transmissió. Mentre que en els homes UDVP la disminució ha estat del 89%, entre els HSH sols ha arribat al 27%.

Dels 68 casos detectats a l'any 2011, el 85% (58) eren homes i el 15% (10) dones. L'edat mediana al diagnòstic va ser de 42 anys en els homes i de 40 anys en les dones. El 64% dels homes i el 60% de les dones corresponien a persones nascudes a Espanya. La via més freqüent de transmissió en els homes va ser la via sexual amb el 69% dels casos (60% HSH i 9% heterosexuals). En el 50% de les dones la via de transmissió va ser l'heterosexual.

VIH i sida

El 44% dels casos va conèixer que estava infectat pel VIH en el mateix moment del diagnòstic de sida o en l'any previ al diagnòstic.

La tuberculosi, el sarcoma de Kaposi i la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* van ser les malalties indicatives de sida més freqüents, amb el 17%, 16% i 15% dels casos, respectivament.

3. VIH i coinfeccions

Missatges clau

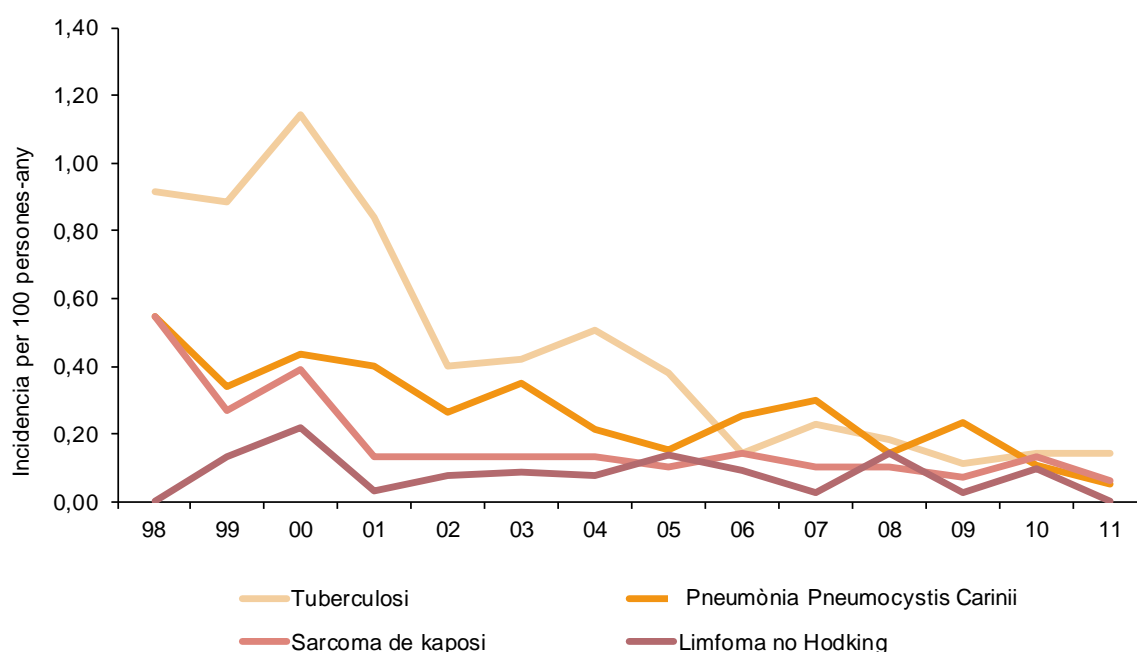
- La taxa d'incidència de tuberculosi en els infectats pel VIH és sis vegades menor l'any 2011 respecte al 1998.
- La tendència de coinfecció pel virus de l'hepatitis C (VHC) entre els pacients VIH positius a Catalunya es manté estable en els últims anys. Tenint en compte l'increment d'aquesta coinfecció observat en HSH a la resta d'Europa caldria mantenir i reforçar la vigilància d'aquesta infecció en el nostre entorn.
- La càrrega de la malaltia (mortalitat i discapacitat) augmenta al llarg del temps i l'esperança de vida dels pacients coinfectats pel VHC és 20 anys més baixa que en pacients monoinfectats pel VIH.
- Els programes de prevenció del VIH per injectors de drogues haurien d'intensificar els aspectes relacionats amb la prevenció i tractament del VHC donada l'elevada prevalença de coinfecció que presenta aquest col·lectiu.
- L'alta prevalença d'ITS en persones novament diagnosticades d'infecció pel VIH suggereix i reforça la necessitat de promoure el diagnòstic precoç del VIH en persones amb ITS.

3.1 Tuberculosi, *Pneumocystis jirovecii* i altres infeccions oportunistes

La prevalença de VIH entre els casos de tuberculosi notificats al Registre de Tuberculosi de Catalunya al 2010 ha estat del 4,9%. Aquesta és la xifra més baixa en els darrers anys, passant de prevalences del 20% l'any 1996 al 11,8% l'any 2011.

Les taxes d'incidència de tuberculosi i de pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* en pacients infectats pel VIH (Cohort PISCIS) han disminuït entre els anys 1998 i 2011, essent actualment de 0,14/100 i 0,08/100 persones-any, respectivament. D'altra banda, durant el mateix període les taxes d'incidència de Sarcoma de kaposi i de Limfoma no Hodgkin s'han mantingut estables i al voltant de 0,10/100 i 0,05/100 persones-any respectivament, des de l'any 2001 (**figura 27**).

Figura 28. Evolució de la incidència de les principals malalties indicatives de SIDA. Cohort PISCIS, 1998-2011.



3.2 Virus de l'Hepatitis C

Del total dels 609 casos de VIH notificats el 2011 al Registre de Malalties de Declaració Obligatòria (MDO), el 6,6% es varen presentar amb una coinfecció pel VHC. Aquesta proporció va ser més elevada entre els UDVP (69,6%).

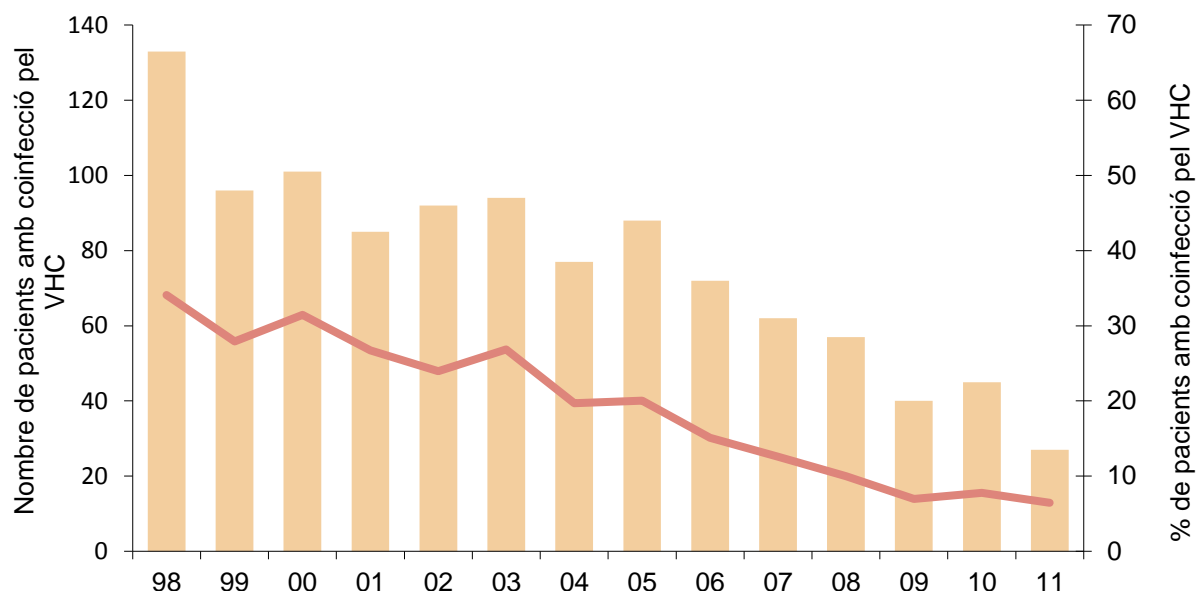
Entre gener de 1998 i desembre de 2011, la proporció de pacients amb serologia positiva de VHC a la inclusió a la cohort PISCIS va ser del 32,4%. Entre els pacients amb nou diagnòstic d'infecció

pel VIH, aquesta proporció va ser menor (17,7%), amb una tendència a la baixa entre 1998 i 2011 (**figura 28**).

La freqüència acumulada de la coinfecció pel VHC és de 1.203 persones coinfectades al 2011 (**figura 29**). El grup més afectat per la coinfecció pel VHC va ser el dels UDVP, amb una taxa de 83,9% en el 2010-2011, versus 2,1% entre els HSH, 8,9% en homes heterosexuels i 12,4% en dones heterosexuels (**figura 30**).

En els pacients coinfectats pel VHC que van començar tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA), l'esperança de vida als 20 anys va ser gairebé 20 anys inferior respecte els pacients monoinfectats (29,2 i 48 anys, respectivament).

Figura 29. Evolució de la coinfecció pel VHC a la inclusió a la cohort en pacients amb un nou diagnòstic de VIH, Cohort PISCIS 1998-2011.



La prevalença d'infecció pel VHC a partir de les mostres de fluid oral recollides en UDVP reclutats al 2010-11 en centres de reducció de danys va ser del 72%, similar a l'observada en la mesura anterior. Entre els injectors infectats pel VIH (34,5% i 33,2% al 2008-9 i 2010-2011, respectivament), la prevalença del VHC va ser aproximadament del 83% en ambdós estudis.

Figura 30. Freqüència acumulada de coinfecció pel VHC al llarg del seguiment en pacients amb un nou diagnòstic de VIH, Cohort PISCIS 1998-2011.

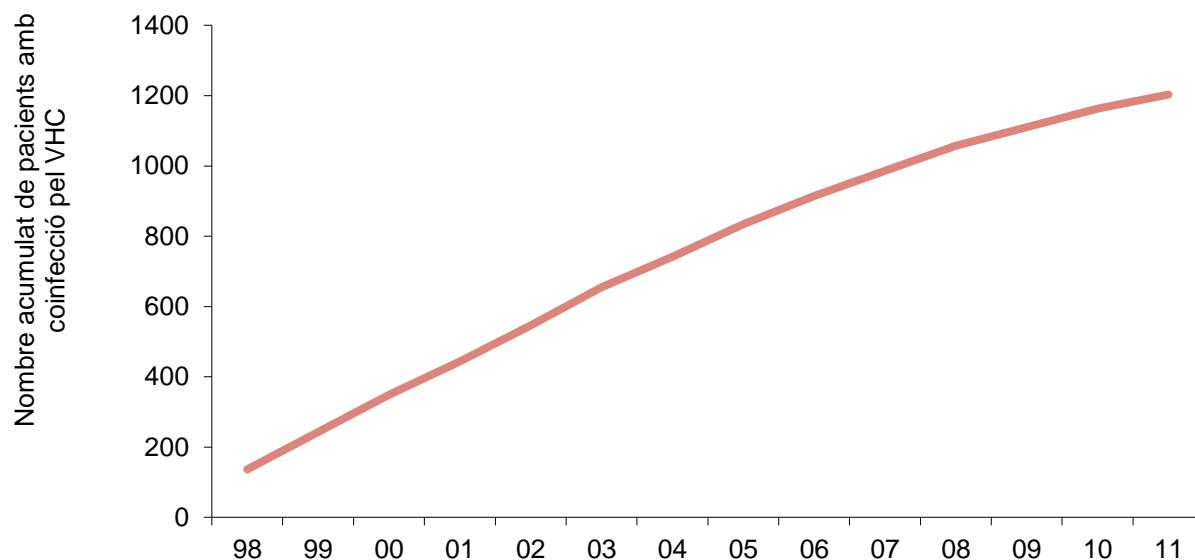
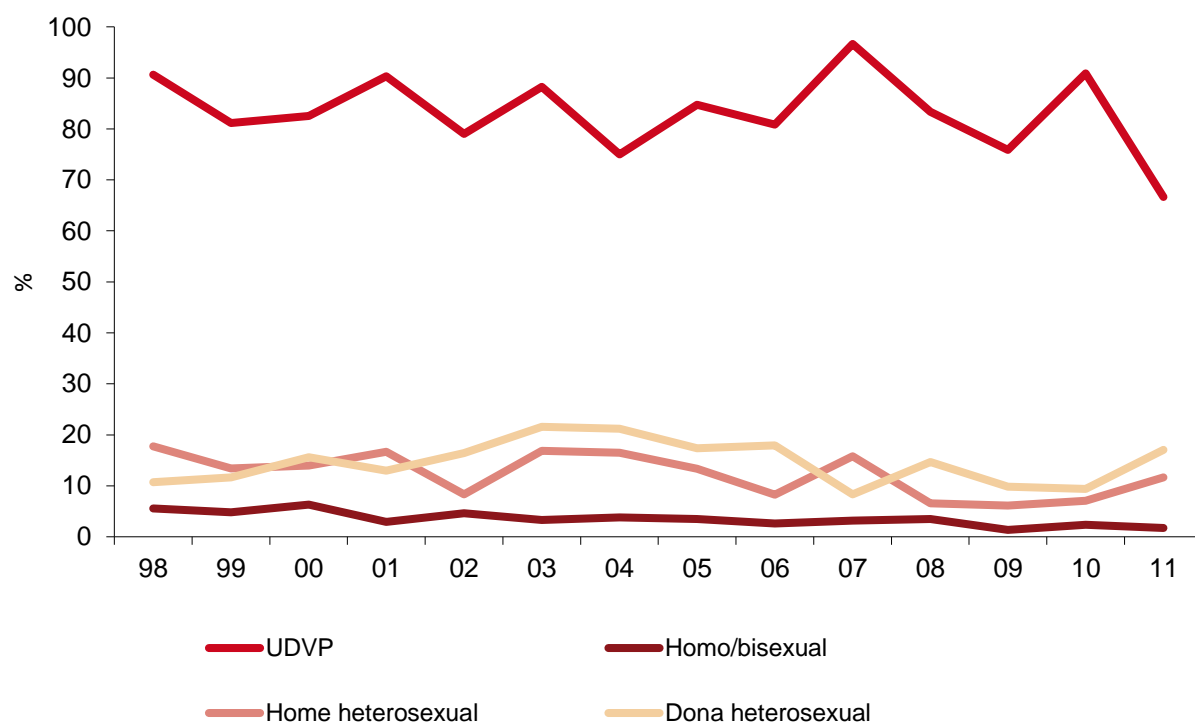


Figura 31. Evolució de la coinfecció amb VHC a la inclusió a la cohort en pacients amb un nou diagnòstic de VIH segons vies de transmissió, Cohort PISCIS 1998-2011.

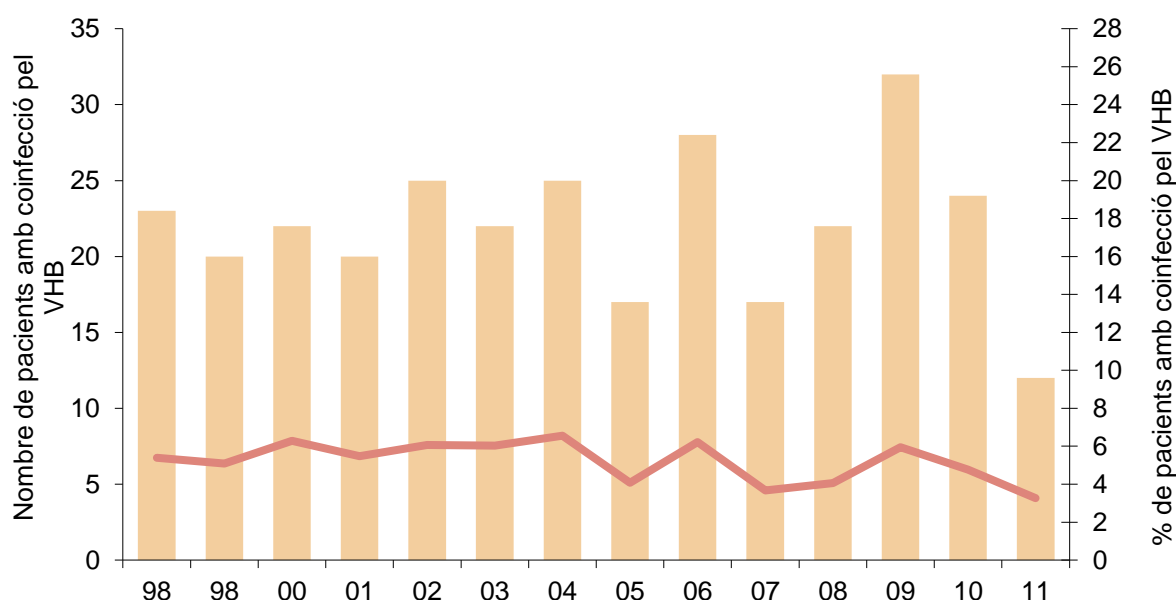


3.3 Virus de l'Hepatitis B

Del total dels 609 casos de VIH notificats el 2011 al Registre d'MDO, el 3,6% es varen presentar amb una coinfecció pel virus de la Hepatitis B.

Entre gener de 1998 i desembre de 2011, la proporció de pacients presentant antigen de superfície del virus de l'hepatitis B en la cohort PISCIS va ser del 5,4%. Entre els pacients amb nou diagnòstic d'infecció pel VIH, aquesta proporció va ser del 5,2%, es manté estable entre 1998 i 2011 (**Figura 31**).

Figura 32. Evolució de la coinfecció pel virus de l'hepatitis B a la inclusió a la cohort en pacients amb un nou diagnòstic de VIH - Cohort PISCIS, 1998–2011.



3.4 Altres infeccions de transmissió sexual

Del total dels 609 casos de VIH notificats el 2011 al Registre d'MDO, el 10,2% presentaven com antecedent una ITS en el darrer any previ al diagnòstic de VIH. Aquesta proporció va ser lleugerament més elevada entre els HSH (13,4%). Cal tenir present, però, que el 41,1% presentava un valor desconegut.

La descripció dels nous casos amb una ITS que presenten una coinfecció amb el VIH es realitza al capítol d'Altres Infeccions de Transmissió Sexual.

Del total de 229 pacients novament diagnosticats amb VIH, participants en un estudi conductual dins de la Cohort PISCIS, es disposava de mostra biològica de 177 pacients i la prevalença de gonorrea i clamídia en orina va ser del 0,6% i del 2,8%, respectivament. A més, en 169 pacients que presentaven un resultat per a la prova de la sífilis, la prevalença d'anticossos contra la sífilis va ser del 14,8%. Per contra, 62 de 198 persones (31%) novament diagnosticades de VIH van reportar haver tingut almenys un episodi d'ITS en els últims 12 mesos.

Dels 31 que van donar informació específica, 13 (41,9%) van reportar haver tingut sífilis, 7 (22,6%) van reportar berrugues genitals, 2 (6,4%) van reportar gonorrea i 1 (3,2%) va reportar clamídia.

Altres ITS reportades van ser: Herpes genital en 1 (3,2%), hepatitis A en 2 (6,4%), hepatitis B en 2 (6,4%), hepatitis C en 1 (3,2%) i mol·lusc contagiós en 1 (3,2%).

4. Realització de la prova del VIH

Missatges clau

- Malgrat que el nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades a Catalunya ha anat incrementant des de que es disposa de dades (1993) fins a l'actualitat, la taxa de proves per 1.000 habitants (46,2) encara és baixa respecte les taxes d'altres països europeus.
- Tot i l'increment en el número de proves realitzades a Catalunya, el percentatge de proves positives es manté estable. S'ha d'incrementar l'efectivitat de les intervencions per accedir als grups o subgrups de poblacions amb més prevalença i incidència d'infecció pel VIH.
- Des de la introducció de la prova ràpida el 2007, el nombre de proves als centres alternatius d'oferta de la prova del VIH ha incrementat una mitjana anual del 47%, tot i que el percentatge de proves positives no ha variat de forma significativa. Cal diversificar els llocs d'oferta de la prova per tal d'accedir a les poblacions amb més prevalença i incidència d'infecció pel VIH (programes de proximitat).
- S'evidencien noves infeccions entre els repetidors de la prova del VIH en els centre alternatius. Caldria identificar els determinants de transmissió i identificar les intervencions específiques més adients.
- La cobertura de la prova del VIH entre el col·lectiu d'injectors i dones TS és inferior en immigrants que entre els mateixos col·lectius autòctons. Cal millorar l'accés a la prova diagnòstica del VIH en aquests col·lectius que poden presentar una major vulnerabilitat enfront aquesta infecció.
- Cal seguir promovent la realització de la prova del VIH almenys un cop l'any entre els HSH, seguint les recomanacions incloses a les guies sobre la realització de la prova en aquest col·lectiu.
- Introduir la prova ràpida del VIH a atenció primària incrementaria el nombre de proves realitzades en aquest àmbit. La seva introducció és viable i és acceptada per part dels professionals, però caldria una simplificació del consell assistit i una major formació sobre les proves ràpides per contribuir a la seva implementació.
- Els programes de cribratge en medis no assistencials mostren una gran diferència de rendiment. Cal limitar els programes de cribratge a les poblacions amb major risc i als entorns on resulten més efectius.

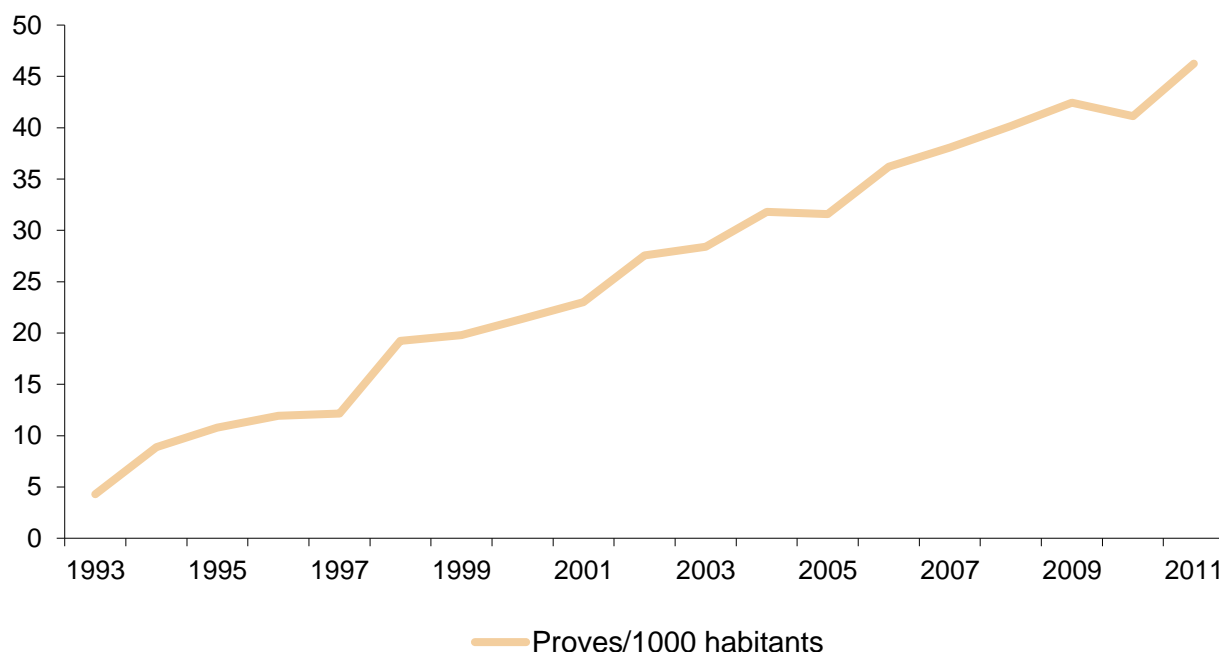
4.1 Número de proves diagnòstiques del VIH realitzades

Proves realitzades als laboratoris

El nombre de proves diagnòstiques declarades per cada 1.000 habitants a Catalunya ha anat incrementant cada any, arribant a les 46,2 proves en el 2011 (**figura 32**). Aquesta taxa oscil·la entre les 25,8 registrades a la Regió Sanitària de Terres de l'Ebre i les 55,1 registrades a la Regió Sanitària de Barcelona (**figura 33**). La taxa de proves a Catalunya encara està lluny de països com Àustria o França, amb unes taxes de 98,3 i 79,6 respectivament, segons dades del 2011¹ (**figura 34**).

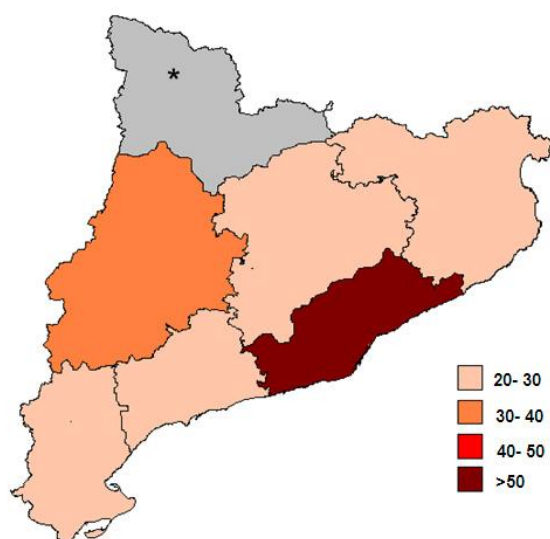
La quantitat anual de proves realitzades i declarades pels laboratoris ha augmentat progressivament al llarg dels anys; passant de les 52.005 de l'any d'inici de l'estudi, a les 343.704 a l'any 2011. En els darrers anys, l'augment s'ha produït sobretot en les proves realitzades en els laboratoris d'atenció primària. El percentatge de proves amb resultat positiu en aquest període (1992-2011) ha anat disminuint (**figura 35**), mantenint-se estable en els darrers anys (0,8-1,0%). Cal tenir en compte que la proporció de dades que aporta cada laboratori sovint és significativament diferent, tant pel que fa al nombre de proves realitzades, com per al percentatge de resultats positius.

Figura 33. Evolució de la taxa de proves de VIH per 1.000 habitants.



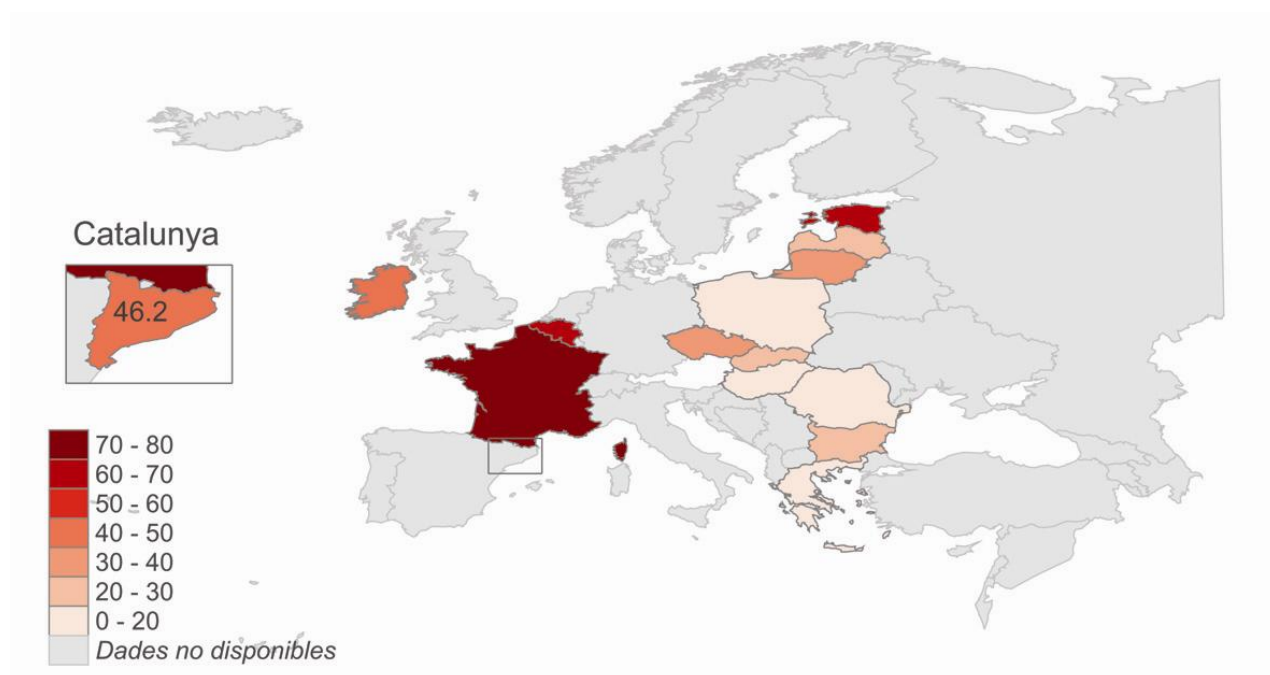
¹ [European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2012.](#)

Figura 34. Estimació de la taxa de proves diagnòstiques per Regió Sanitària. Catalunya 2011.



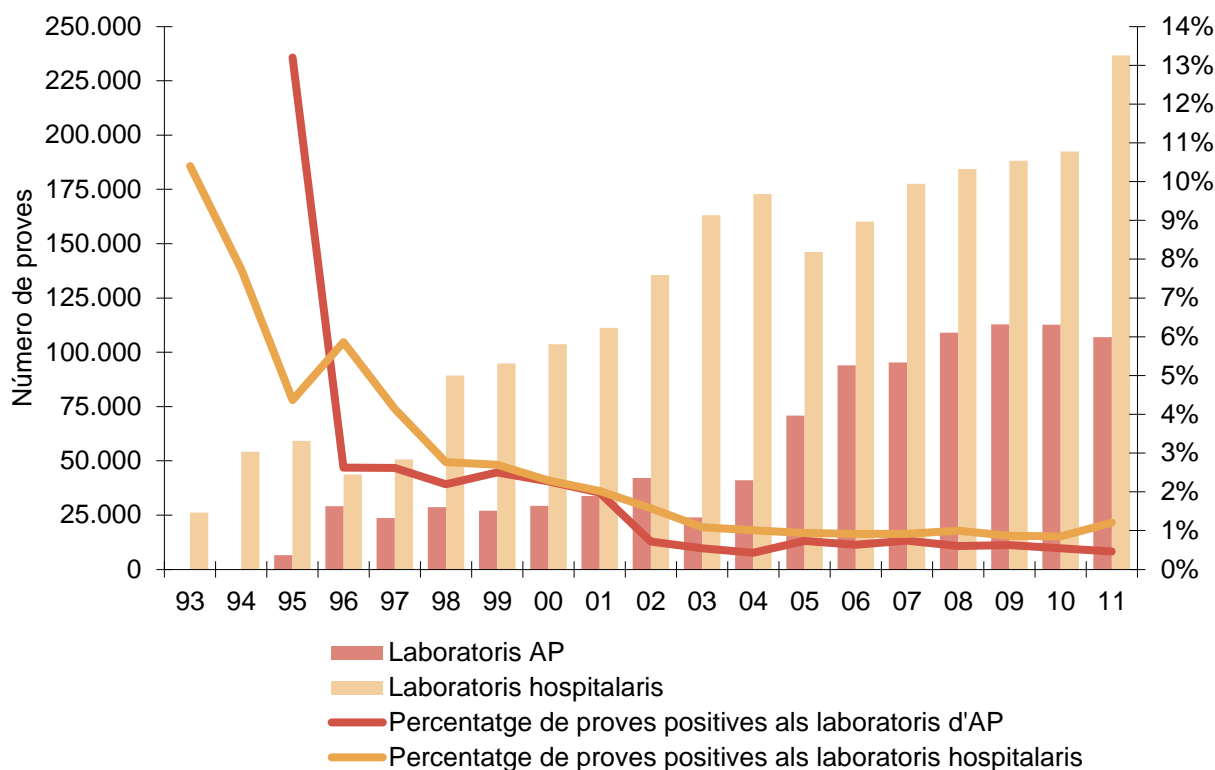
* No es disposa d'informació d'aquesta regió

Figura 35. Taxa de proves de VIH per 1.000 habitants a Europa, 2011.



Font: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2012

Figura 36. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de proves positives. Xarxa de laboratoris hospitalaris i d'atenció primària de Catalunya, 1993-2011.

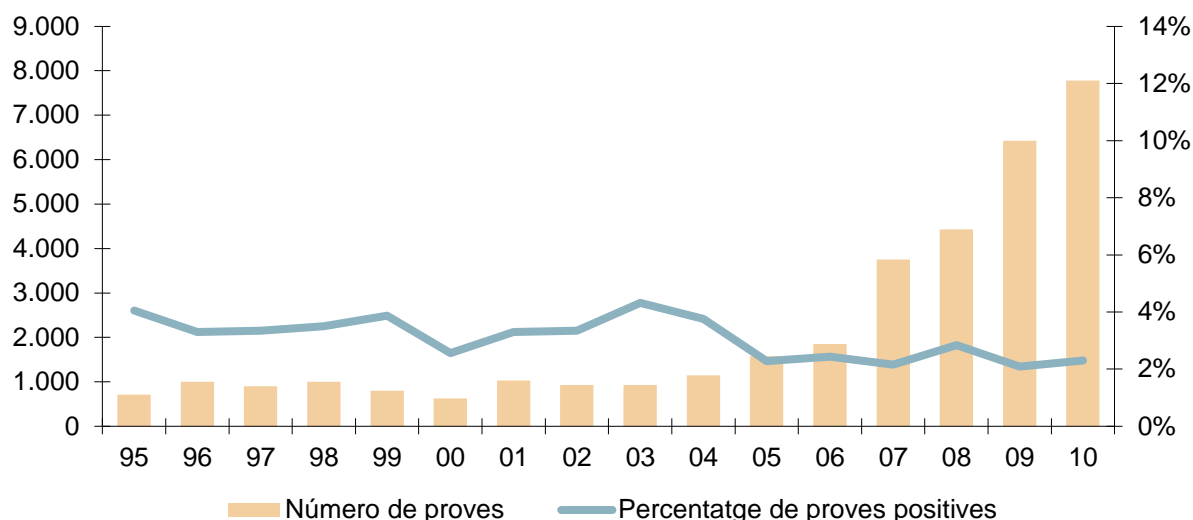


Proves realitzades als centres alternatius d'oferta de la prova del VIH

En els centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, des del 1995 fins a l'any 2010 s'han realitzat 350.023 tests del VIH amb una prevalença d'infecció del 2,7%. L'evolució del nombre de proves realitzades en aquests centres per any va ser relativament petita fins a l'any 2006, oscil·lant entre les 716 realitzades durant l'any 1995 fins a les 1.849 realitzades a l'any 2006 (**figura 36**). A finals del 2006 es va introduir en els centres alternatius de diagnòstic i consell assistit la prova de lectura ràpida, que va incrementar la demanda de la prova del VIH en aquests centres en un 102,9%². El número de proves ha seguit incrementant cada any, arribant a 7.783 en el 2010, amb un 2,3% de positius detectats. Si es compara el 2010 respecte al 2006, l'increment observat és del 323%. Tot i aquest increment en el número de proves realitzades, el percentatge de proves positives detectades no ha variat de forma significativa. A partir del 2007 l'ús de la prova estàndard ha disminuït considerablement a favor de l'ús de la prova ràpida.

² Fernández-López L, Rifà B, Pujol F, Becerra J, Pérez M, Meroño M, et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counseling and Testing sites network of Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS*. 2010 Jun;21(6):388-91.

Figura 37. Nombre de proves anti-VIH realitzades i percentatge de positives.
Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH. 1995-2010.



Proves realitzades a les oficines de farmàcia

Dr. Benet Rifà. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida, Agència de Salut Pública de Catalunya

Des d'abril de 2009 el Programa per a l'Assistència i Prevenció de la Sida (PPAS) junt amb el Col·legi de Farmacèutics van iniciar una prova pilot de realització de les proves ràpides del VIH en oficines de farmàcia, i fins abril de 2012 s'han realitzat un total de 5.807 proves, i s'han detectat 57 proves reactives (0,98%), de les que se'n van confirmar 26, amb 3 falsos positius. El 71% de les persones que es van realitzar la prova en una oficina de farmàcia van ser homes, amb una mitjana d'edat de 34 anys, sent el grup més nombrós el comprès entre els 30 i els 39 anys amb un 41%. El 12% van ser persones nouvingudes, principalment llatinoamericanes. El principal motiu per fer-se la prova va ser per una pràctica sexual de risc, sent en el 11% dels casos una pràctica homosexual. Entre les proves reactives, el 75,4% corresponien a homes, el 25% a persones nouvingudes, el 73% tenien entre 20 i 39 anys i la principal via de transmissió ha estat la sexual, tractant-se en un 36,5% dels casos de relacions homosexuals.

Proves realitzades a les saunes i locals d'oci gai de Barcelona

Dra. Patricia Garcia de Olalla, Dra. Elia Díez. Agència de Salut Pública de Barcelona

Entre 2007 i 2011 es van realitzar 1.825 proves sobre un total de 1.406 usuaris de saunes, presumiblement VIH negatius. Les edats dels participants oscil·laven entre els 16 i 80 anys (mediana 32), 571 (40,6%) eren nascuts a l'Estat espanyol, 591 (42,1%) tenien al menys un any d'estudis universitaris, i 371 (26,4%) es van identificar com TS. Dels 873 participants que informaven sobre la seva orientació sexual, 655 (75%) es van identificar com homosexuals, 152 (17,4%) com bisexuals, i 59 (6,9%) com heterosexuals. Un total de 281 participants (20%) mai s'havien realitzat la prova. En aquest període s'han detectat 144 proves reactives, el que suposa

una incidència de nous diagnòstics del 8,6% al 2007, 9,7% al 2008, 8,6% al 2009, 9,2% al 2010 i del 7,6% al 2011. Les saunes ofereixen l'oportunitat de realitzar intervencions de prevenció en una població d'alt risc enfront de la infecció pel VIH.

4.2 Característiques de les persones que demanen la prova del VIH i dels positius detectats en els centres alternatius d'oferta de la prova

VIH|SIDA

No hi donis més voltes

Fes-te la prova



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

En el període comprès entre els anys 1994 i 2010, el 68,5% de les persones que van fer-se la prova diagnòstica en els centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, van ser homes. Tant en els homes com en les dones, el grup d'edat que es va realitzar més proves diagnòstiques va ser el comprès entre els 20 i els 29 anys. Aquest grup d'edat va ser també el més nombrós entre els positius (**figura 37**).

La **figura 38** mostra l'evolució en el temps de la distribució del percentatge de tests realitzats i de resultats positius per grups de transmissió. Es pot observar que la proporció d'HSH que es fan la prova en aquests centres ha anat incrementant, a la vegada que ha anat disminuint la proporció d'UDVP. Respecte a les proves positives, des del 1996 fins al 2004 el grup més nombrós era el d'UDVP, però a partir del 2005 va anar disminuint la proporció d'UDVP i incrementant la d'HSH, arribant al 2010 a un 85% del total de positius detectats (77,7% HSH i 7,3% HSH TS). El grup de transmissió amb el percentatge de proves positives detectades més elevat al llarg de tot el període

és el dels UDVP, seguit dels HSH, i el grup heterosexual és el que té el percentatge de proves positives més baix (**figura 39**).

Figura 38. Percentatge de proves diagnòstiques del VIH declarades i percentatge de positives. Distribució per edat i sexe. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2010.

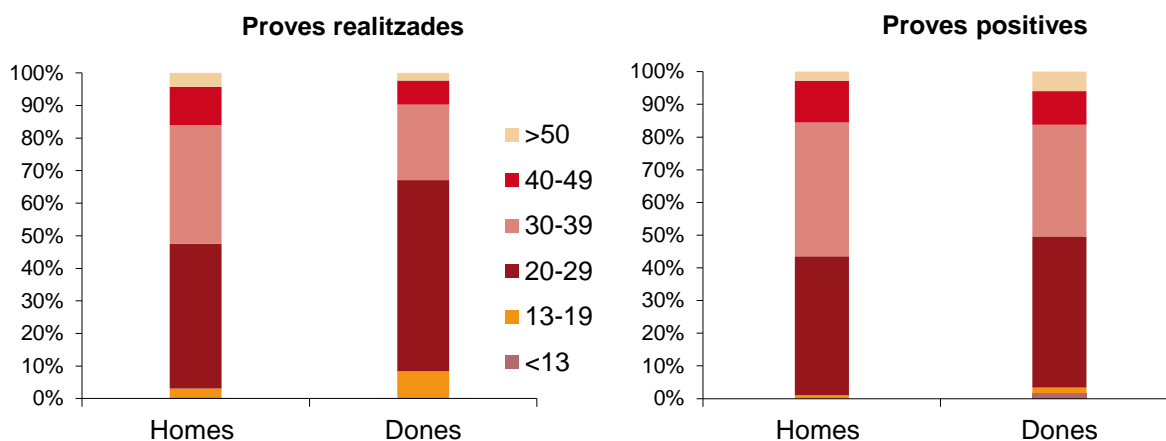
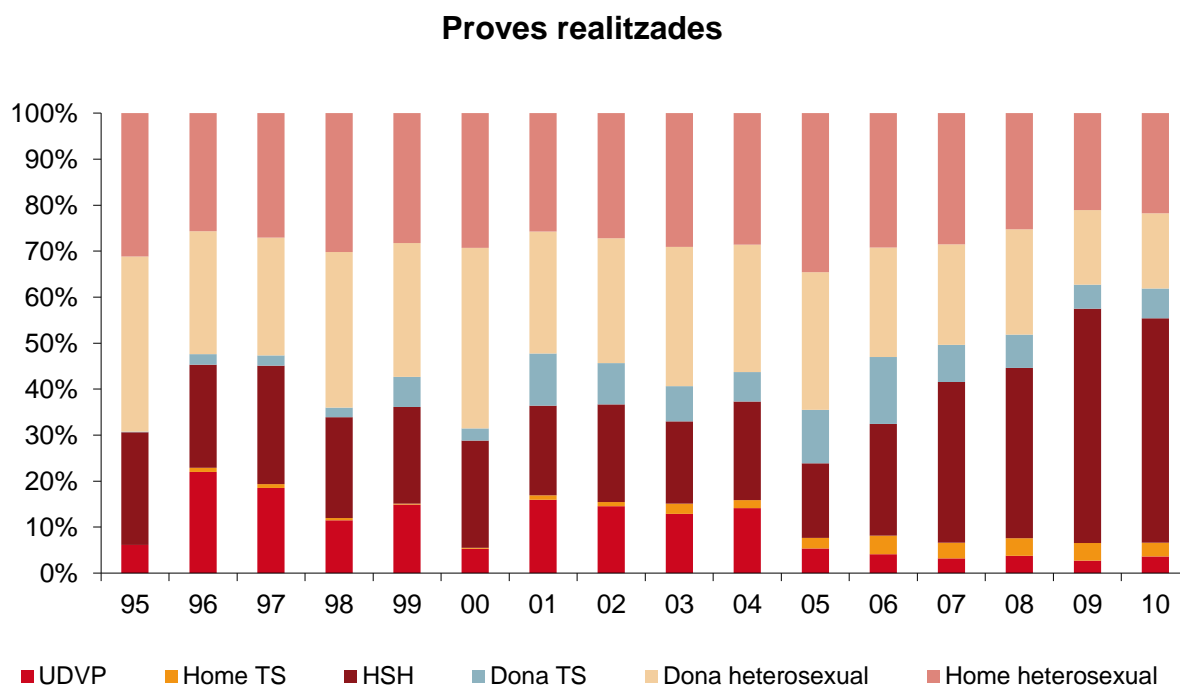
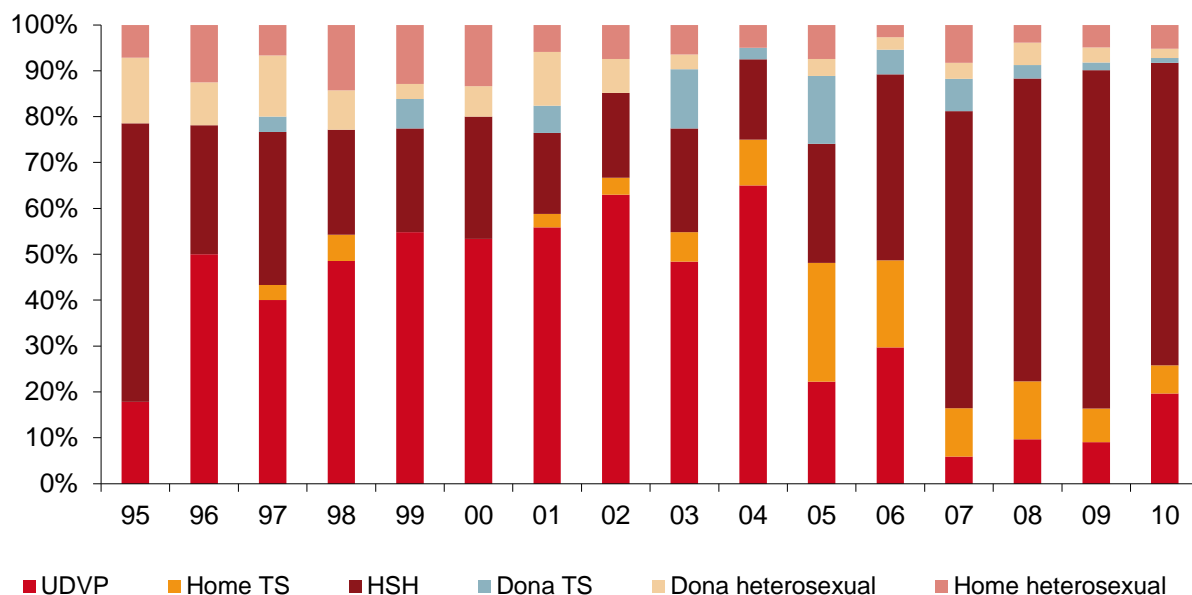


Figura 39. Evolució de la distribució de proves realitzades i de proves positives segons grup de transmissió. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2010.



Proves positives

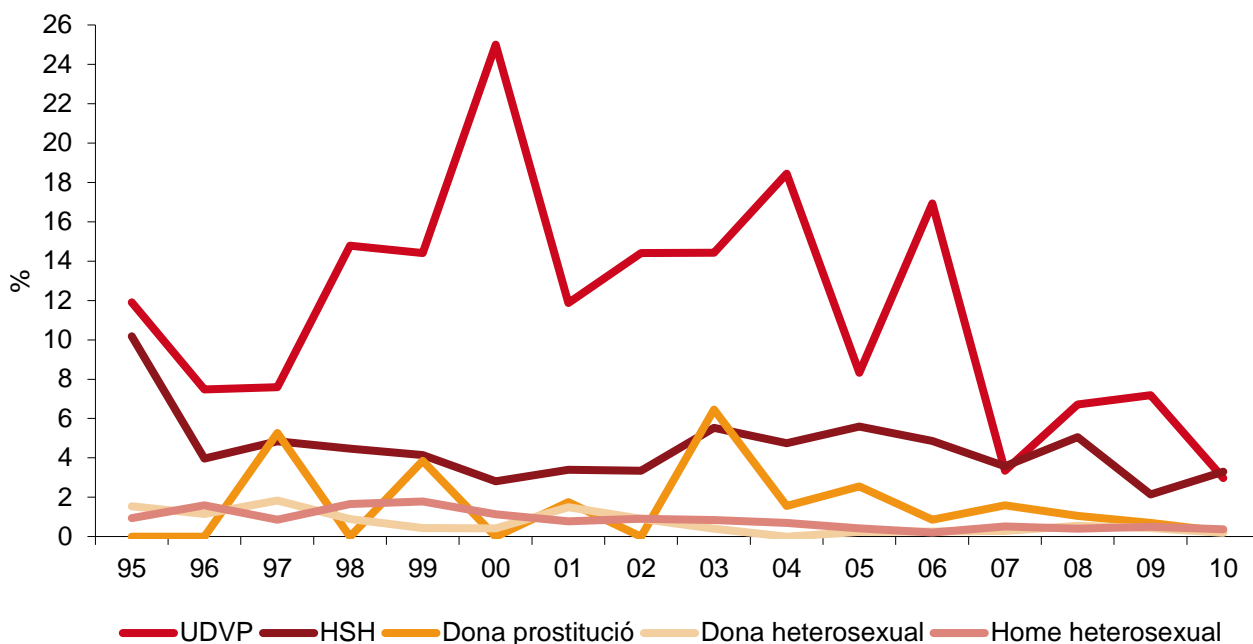


Pel que fa a l'any 2010, el 78% de les persones que van fer-se la prova diagnòstica van ser homes. Tant en els homes com en les dones, el grup d'edat que es va realitzar més proves diagnòstiques va ser el comprès entre els 20 i els 35 anys. Del total de proves realitzades, el 2,29% (179/7.822) van resultar positives al VIH. El 68,5% s'havien fet la prova anteriorment, almenys un cop. Del total de positius, un 76,7% tenien com a mínim un test diagnòstic anterior amb resultat negatiu. El 37,6% de les proves realitzades corresponien a persones d'altres països, i entre els casos positius el percentatge era del 54,7%. Del total de proves realitzades, el 95,5% van ser proves ràpides.

Segons les dades d'una cohort d'HSH seronegatius (projecte ITACA), que es duu a terme en un dels centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, dels 3.228 HSH que havien entrat a la cohort entre desembre de 2008 i octubre de 2010, 1.054 participants van tornar almenys a una visita de seguiment, on es van tornar a realitzar la prova del VIH. D'aquests, el 73,8% van repetir-se la prova durant l'any següent a l'entrada a la cohort, i el 41,7% ho va fer entre els 6 i 12 mesos, seguint les recomanacions incloses a les guies sobre la realització de la prova en aquest col·lectiu. La mitjana de temps entre la visita basal i la primera visita de seguiment va ser de 10,4 mesos i la retenció a la cohort en aquest període va ser del 52,5%³.

³ Calculada a partir del nombre d'HSH que havien tornat almenys a una visita de seguiment respecte el nombre total d'HSH que feia un any o més que eren a la cohort

Figura 40. Evolució anual del percentatge de proves positives detectades segons grup de transmissió. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2010.



4.3 Cobertura de la prova diagnòstica del VIH en grups amb conductes d'alt risc.

El 94,7% dels UDVP reclutats en centres de reducció de danys al 2010-11 s'havia realitzat la prova del VIH alguna vegada a la vida. Si tenim en compte l'origen, la cobertura de la prova era inferior entre els injectors immigrants (90,5% vs. 97,4%, respectivament ($p < 0,05$) (projecte REDAN)). El percentatge d'UDVP que s'havia realitzat la prova del VIH en els darrers 12 mesos va ser del 60,8% al 2010-11. Cobertures lleugerament inferiors presenten el col·lectiu d'HSH, amb un 88% dels homes reclutats en llocs d'oci gai durant el 2008 que s'havien realitzat la prova del VIH almenys una vegada a la vida (projecte SIALON). Per altra banda, el 73,1% dels HSH enquestats a través d'Internet i que residien a Catalunya (projecte EMIS) s'havien realitzat la prova diagnòstica del VIH en alguna ocasió. Més de la meitat dels HSH en ambdós estudis s'havia fet la prova del VIH al darrer any. Segons l'indicador proposat pel Programa Conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/sida (ONUSIDA) sobre el nombre d'HSH que s'ha realitzat la prova del VIH en els últims 12 mesos i coneix els resultats (indicador 1.13 del Global AIDS Response Progress Reporting, antic UNGASS 8 (United Nations General Assembly Special Session on HIV&AIDS))⁴ Catalunya (51,8%) seria capdavantera en el conjunt europeu amb valors similars a França i Bèlgica (47% i 46,6% respectivament) (**figura 40 i 41**).

⁴ [United Nations Programme on HIV/AIDS \(UNAIDS\) Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting. \(UNAIDS / JC2215E \). Geneva: UNAIDS; 2011](#)

Figura 41. Percentatge d'HSH que s'han realitzat la prova del VIH en els últims 12 mesos i han recollit els resultats, a Europa.

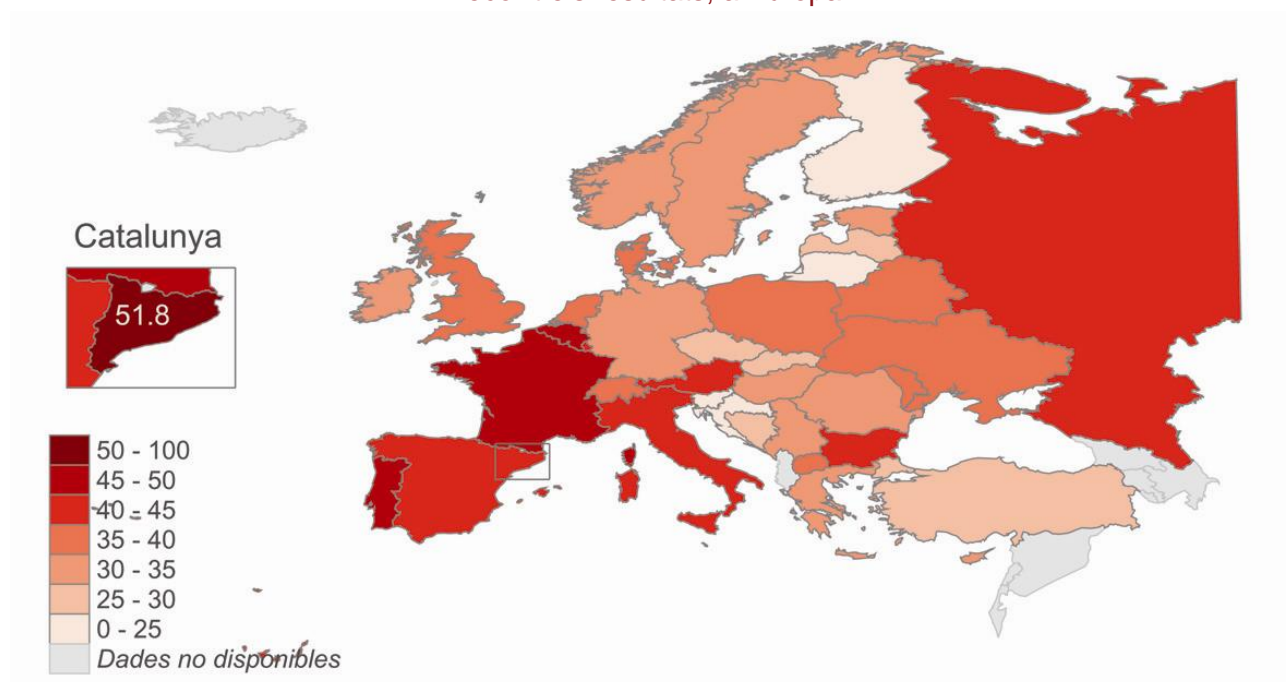
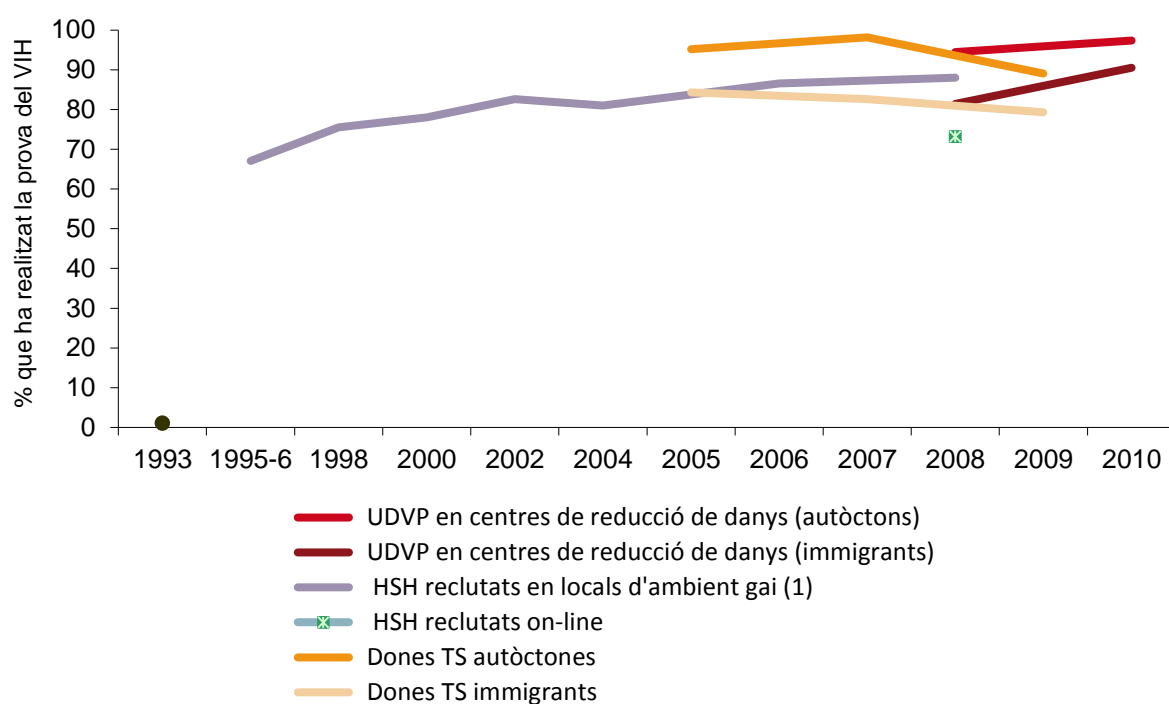


Figura 42. Cobertura de la prova diagnòstica del VIH en poblacions amb conductes d'alt risc.



Font: REDAN, SIALON, HIVHOM, EMIS, HIVITS-TS
(*) dades 2008 corresponents al projecte SIALON

Finalment, de les 400 dones TS reclutades a Catalunya al 2009 (projecte HIVITS-TS), el 80,4% s'havia fet la prova del VIH en alguna ocasió, sent les dones immigrants les que s'havien realitzat

la prova en menor proporció (89,1% i 79,3% respectivament) (**figura 41**). El percentatge de dones TS que s'havia realitzat la prova del VIH en els darrers 12 mesos va ser del 58,5% a l'estudi de 2009.

4.4 Acceptabilitat i viabilitat de la prova ràpida del VIH a l'atenció primària

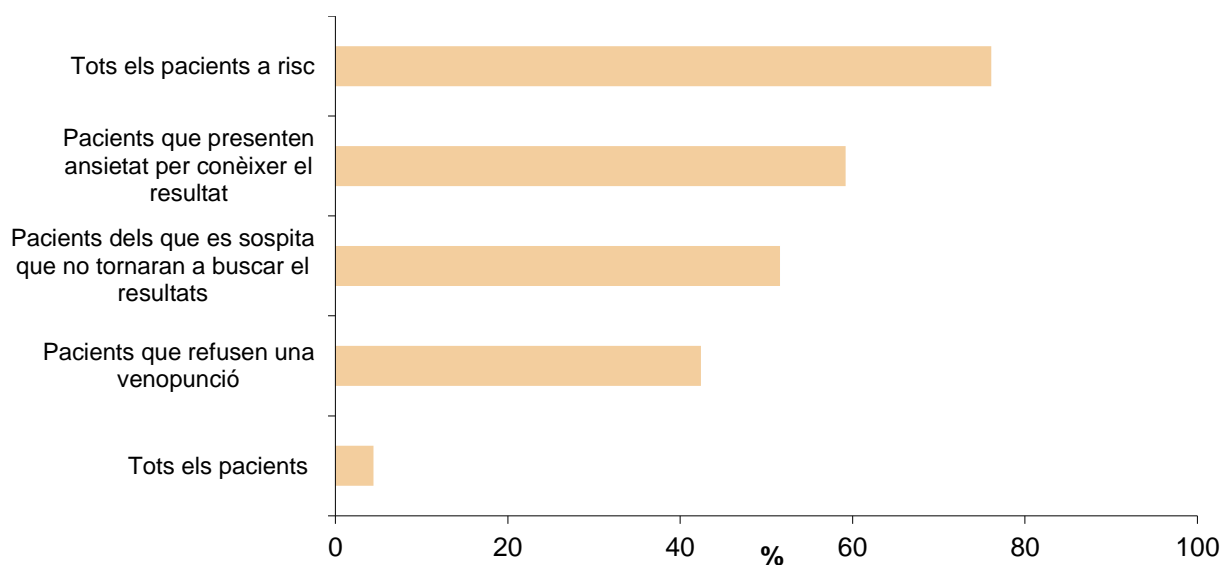
En el col·lectiu de metges d'atenció primària, una enquesta realitzada a nivell estatal, en la que van participar 1.308 metges de família, mostra una bona acceptació de la prova ràpida.

Segons aquesta enquesta, fins al 70,4% dels metges de família enquestats coneixia l'existència dels tests ràpids per al diagnòstic del VIH, el 13% sabia, a més, com funcionaven i el 3,4% els havia utilitzat en alguna ocasió. La majoria dels participants (79,8%) estarien disposats a oferir el test ràpid per al diagnòstic del VIH a la seva consulta i el 74,7% confiarien en el resultat obtingut amb aquest test.

Les principals barreres identificades per oferir el test ràpid, van ser la falta de temps i la falta de preparació, tant per a la realització de la prova (44,3% i 56,4% respectivament), com pel consell assistit pre i post prova (49,2% i 34,5% respectivament).

El 4,4% dels metges de família oferirien el test ràpid a tots els pacients que assisteixen a la seva consulta i el 76,1% els oferiria únicament als pacients que, sota el seu criteri, considerés a risc d'infectar-se. Altres grups identificats per oferir el test es mostren a la **figura 42**.

Figura 43. Distribució de criteris d'oferta de la prova ràpida del VIH per part dels metges de família.



Font: Enquesta sobre coneixements, actituds i pràctica sobre VIH i altres ITS i acceptabilitat de la prova ràpida del VIH en els metges de família d'Espanya.

Gairebé la meitat dels participants (44,7%) considerava que els tests ràpids, tant els que es realitzen amb fluid oral com amb sang (digitopunció), serien igual de viables i acceptables en la seva consulta i el 23,9% preferia el test ràpid en fluid oral abans que el realitzat en sang.

Respecte al consell assistit, el 91,9% dels enquestats pensava que el temps dedicat a realitzar-lo havia de ser inferior a 30 minuts, i d'aquests, el 53,3% considerava que amb menys de 15 minuts n'hi hauria prou. El 33,9% dels metges de família creia que no disposaven d'un espai adequat per realitzar el consell assistit.

La meitat dels metges de família enquestats (51,2%) creien que tant el metge com les infermeres i les llevadores serien idonis per fer el test ràpid als pacients. El 38,2% opinava que aquesta tasca l'haurien de desenvolupar només les infermeres i/o llevadores i només un 10,6% considerava que únicament hauria de realitzar-la el metge de família.

Sobre el consell assistit, la majoria dels enquestats (71,5%) va considerar que tant el metge de família com les infermeres i les llevadores podrien realitzar-lo, el 20,8% creia que aquesta és una tasca exclusiva del metge de família, mentre que el 7,7% considerava que aquesta tasca l'haurien de desenvolupar exclusivament les infermeres i les llevadores.

Una prova pilot realitzada en un grup de metges d'atenció primària va mostrar la viabilitat de la realització de la prova ràpida a la consulta d'atenció primària.

En la prova pilot varen participar 74 professionals de 10 centres d'atenció primària, 5 centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i 2 Unitats de Salut Internacional. Es van distribuir un total de 1.450 proves entre tots els professionals participants que en van oferir 672 a pacients amb criteri de risc, dels quals 7 varen refusar-la (1,04%). En total es van realitzar 665 proves ràpides, detectant 3 resultats positius (0,45%).

A posteriori, es va distribuir una enquesta on-line a tots els professionals participants, per a conèixer la seva experiència i opinions en l'ús de la prova ràpida.

Segons aquesta enquesta, el 100% dels professionals participants van trobar la interpretació dels resultats de la prova fàcil o molt fàcil, i el 86,1% confiaven plenament en els resultats de la prova. Les principals barreres detectades per oferir la prova ràpida a la consulta varen ser les barreres culturals i idiomàtiques amb el pacient, la falta de temps per realitzar-la i el consell assistit (veure **taula 3**). El consell assistit va durar menys de 20 minuts en el 100% dels casos, sent de menys de 15 minuts en el 69,4% dels casos. El 38,2% consideren que la prova l'hauria de realitzar el metge, aquest percentatge s'incrementa fins al 44% per realitzar el consell pre-test i s'incrementa fins al 61,8% per realitzar el consell post-test en el cas d'un resultat positiu (veure **figura 43**). El 86,1%

del professionals participants consideren que seria convenient disposar d'aquesta eina a la consulta del metge d'atenció primària.

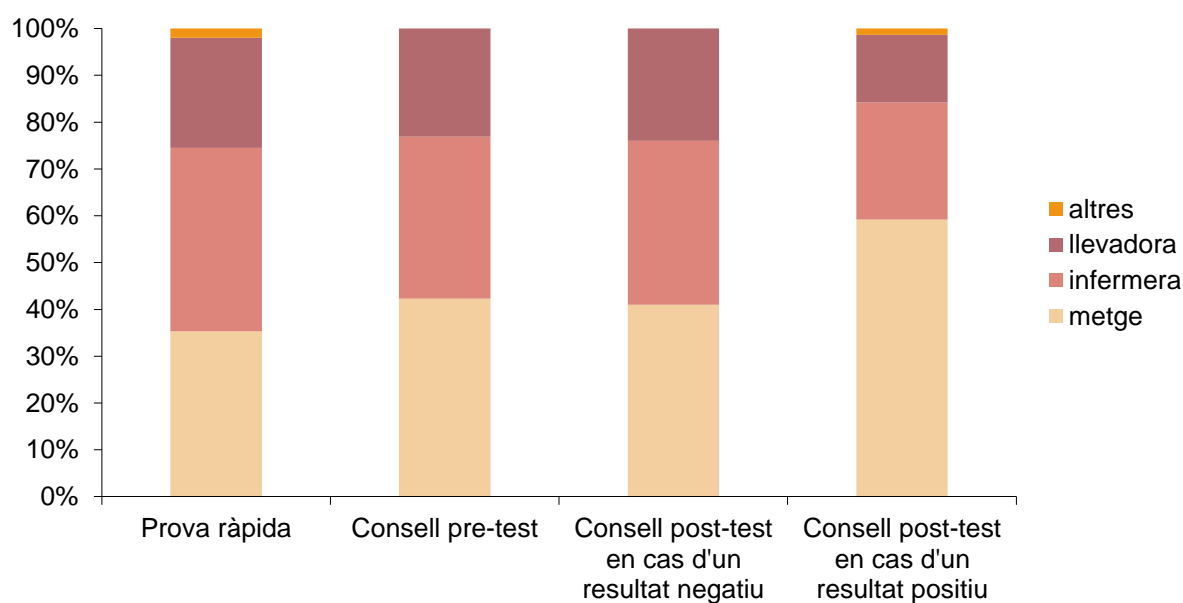
Taula 3. Barreres identificades pels professionals d'atenció primària per oferir la prova ràpida del VIH.

Barreres identificades	N	%
Barreres de llenguatge amb el pacient	17	50
Manca de temps per fer el consell assistit	14	41,2
Barreres culturals amb el pacient	13	38,2
Manca de temps per fer el test	13	38,2
El pacient no estarà preparat per a rebre un resultat positiu	7	20,6
El pacient no té temps per a fer-se la prova	7	20,6
No he trobat cap barrera	6	17,6
Manca de temps per a preparar-me per a donar un resultat positiu	5	14,7
El pacient no vol fer-se la prova	3	8,8
Por a la reacció del pacient en rebre un resultat positiu	2	5,9
Preocupació per a mantenir la confidencialitat del pacient	1	2,9

* Pregunta no excloent

Font: Estudi de viabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH entre els metges de família i professionals de centres d'ASSIR.

Figura 44. Professional que realitzaria la prova ràpida i el consell assistit.



Font: Estudi de viabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH entre els metges de família i professionals de centres d'Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR).

5. Quimioprofilaxi, tractament del VIH i impacte

Missatges clau

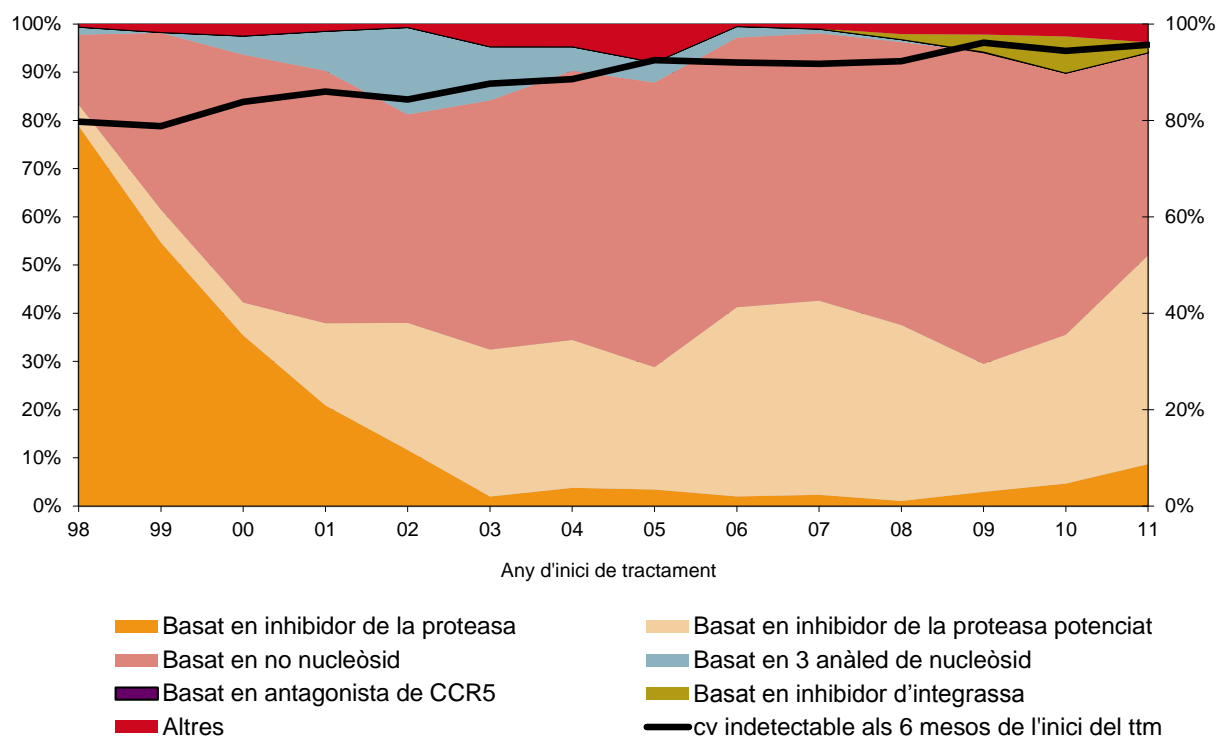
- Entre 1998 i 2011 el patró de les pautes inicials de TAR ha anat evolucionant. Des de 2003 s'observa un predomini de les pautes basades en inhibidors de la transcriptasa inversa no anàlegs de nucleòsids i de inhibidors de la proteasa potenciats. L'ús d'inhibidors de la integrasa apareix a partir del 2008.
- Segons estimacions realitzades a partir de dades de la cohort PISCIS, el nombre anual de pacients en TAR a Catalunya augmentaria aproximadament en 300 persones any si es tractessin tots els pacients amb un recompte de CD4 d'entre 350 i 500, corresponent a un cost anual al voltant de 2.300.000 euros.
- La vigilància sistemàtica de les resistències als antiretrovirals transmeses i dels subtipus de VIH és clau per valorar i adequar les recomanacions terapèutiques del TAR. La prevalença de resistències transmeses en pacients amb infecció recent a Catalunya (11%) són similars a les observades en estudis realitzats en altres regions d'Espanya i Europa.
- En el període 2000 a 2009, la tendència de la taxa de TV s'ha mantingut. Durant els anys 2010 i 2011 no s'ha infectat cap nadó de mare VIH positiva. Malgrat la disminució observada en els darrers anys és important continuar fent el monitoratge de les recomanacions per a la prevenció de la TV del VIH a Catalunya.
- Entre el 2009 i 2010, s'han notificat un total de 586 casos d'exposicions accidentals no ocupacionals al VIH sense cap seroconversió al VIH. És essencial recordar que la profilaxis postexposició (PPE) s'ha de fer servir en situacions d'excepcionalitat i que en cap moment pot desplaçar la prevenció primària del VIH, que ha de continuar essent una prioritat, tant en intervencions comunitàries com individuals.

5.1 Tractament de la infecció pel VIH

El 2010 es van tractar més de 19.000 pacients a Catalunya amb TAR, el cost total va superar els 150 milions d'euros ¹.

La cohort PISCIS és una eina de monitorització de l'ús dels TAR a Catalunya. Entre gener de 1998 i desembre de 2011, un total de 7.713 pacients van començar TAR per primera vegada en algun dels hospitals PISCIS. El 97% van utilitzar un esquema que complia els criteris de TARGA. Del total de pacients naïf que van rebre tractament, el 72,7% ho va fer amb un recompte basal de cèl·lules CD4+ per sota de 350. L'esquema preferit per l'inici de tractament va ser el basat en inhibidors de la transcriptasa inversa no anàlegs de nucleòsids, amb un 49,8%. Seguit de l'esquema basat en inhibidors de proteasa potenciats (26,7%), addicionats ambdós esquemes amb almenys un inhibidor de la transcriptasa inversa anàlegs de nucleòsids. A la **figura 44** s'observa l'evolució per any del règim utilitzat com a primer esquema de la cohort. El 95,7% dels pacients que van iniciar TAR el 2011 presentaven una CV indetectable (<500 còpies per ml) als 6 mesos d'haver començat el tractament. Aquesta proporció va anar augmentant al llarg del període de l'estudi.

Figura 45. Evolució anual de la pauta d'inici de TAR i proporció de pacients amb CV indetectable a la Cohort PISCIS- 1998 – 2011.



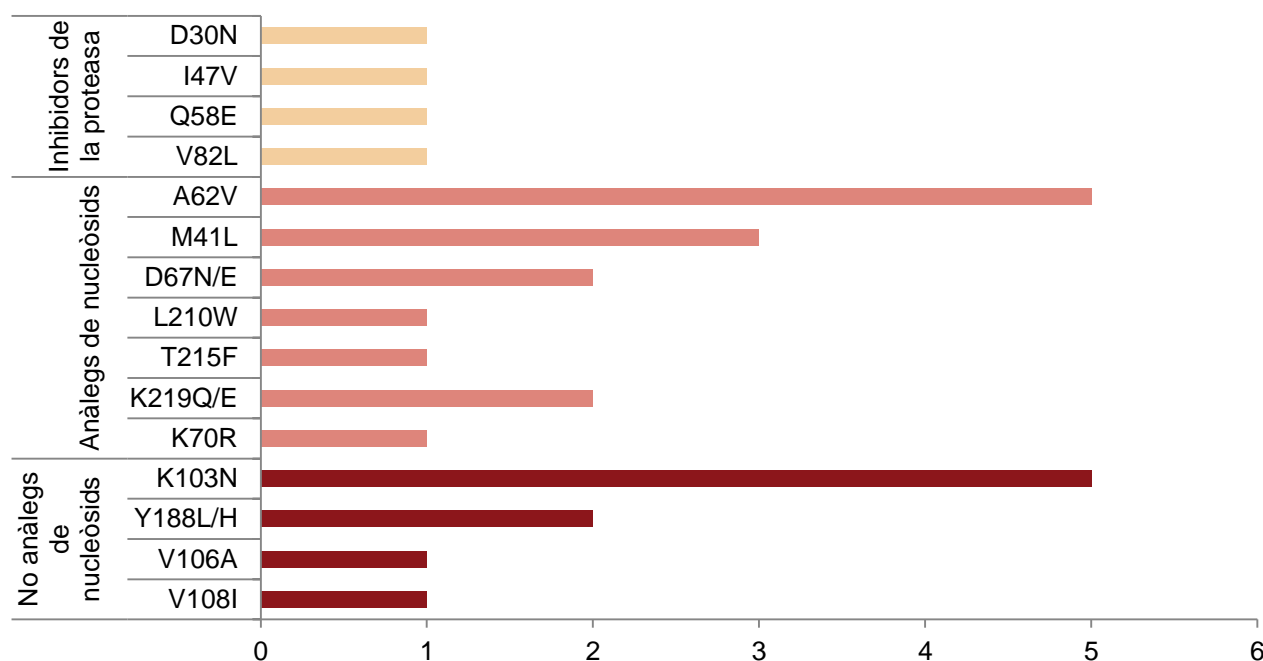
¹ Dades de CatSalut

5.2 Resistències als antiretrovirals

La prevalença de resistències transmeses en els pacients amb infecció recent pel VIH és un indicador sensible de la transmissió actual d'aquestes resistències. Per tant, la vigilància a nivell poblacional de les resistències transmeses en els pacients amb infecció recent és un element essencial en l'avaluació global de la resistència als antiretrovirals.

A Catalunya, entre 2003 i 2005 es va realitzar un estudi de la prevalença de resistències transmeses amb 182 mostres de recent infectats, de les quals 20 casos (11,0%) presentaven mutacions associades a resistència. Les característiques dels individus amb infecció recent, naïf que inicien tractament a la cohort PISCIS es descriuen a la **taula 4**. La prevalença de resistències transmeses va ser més alta entre els immigrants (22,5% vs 7,8% el autòctons, $p = 0,019$) i en pacients amb subtipus no B (22,9 vs 8,2% el subtipus B $p = 0,030$). Deu individus (4,9%) presentaven resistències transmeses als inhibidors de la transcriptasa inversa anàlegs de nucleòsids, 6 (3,3%) als inhibidors de la transcriptasa inversa no anàlegs de nucleòsids, 2 (1,1%) als inhibidors de la proteasa, i només dos individus (1,1%) presentaven mutacions associades a resistències a més d'un tipus de fàrmac. Les mutacions més prevalents es van trobar en el gen de la transcriptasa inversa: A62V (2,7%), K103N (2,7%) i M41L (1,6%) (**figura 45**).

Figura 46. Nombre de mutacions associades a resistències, per família de fàrmac.



Taula 4. Característiques epidemiològiques dels pacients amb mutacions associades a resistències.

	Total	Resistent	P
	182	20 (11.0) 95% CI: 6.8–16.5	
Sexe*			
Homes	147	18 (12,2)	0,374
Dones	35	2 (5,7)	
Edat (anys) (N=181) \$	33,3 [27,2–37,9]	32,8 [28,0–41,1]	0,591
<30	69	7 (10,1)	0,571
30 - 40	78	8 (10,3)	
40 - 50	21	2 (9,5)	
>50	13	3 (23,1)	
Grup de transmissió*			
HSH	88	9 (10,2)	0,053
Heterosexual	41	6 (14,6)	
UDVP	24	5 (20,8)	
Altres/Desconegut	29	0 (0,0)	
Origen * (N=168) ‡			
Nacionals	128	10 (7,8)	0,019
Estrangers	40	9 (22,5)	
Subtipus VIH-1*			
B	147	12 (8,2)	0,03
No-B	35	8 (22,9)	
Àrea geogràfica*			
Barcelona i àrea metropolitana	165	16 (9,7)	0,098
Resta de Catalunya	17	4 (23,5)	

* N (%) . / ‡ P valor calculat per 168 pacients amb informació disponible. / \$ Mediana i RIQ.

Barcelona i AM (Àmbit Metropolità: Barcelona, l'Hospitalet de Llobregat, Badalona, Sabadell, Mataró, Cornellà i Granollers.

Resta de Catalunya: Lleida, Tortosa, Reus, Vic i Palamós.

Les prevalences de resistències transmeses són similars a la mitjana europea del 11,4% en l'estudi EuroSIDA (1996-2004) però més alta que el 8,4% en l'estudi SPREAD (2002-2005), 8,9% del Regne Unit (2005) i el 8,5% en la cohort CORIS a Espanya (2004-2008). Recentment la prevalença de resistències transmeses s'estabilitza al voltant d'un 10% de les persones amb infecció recent.

5.3 Transmissió vertical

NENEXP és una cohort de seguiment de dones embarassades VIH+ i els seus fills. Actualment disposem d'informació de deu hospitals de Catalunya que participaven en l'estudi fins a l'any 2009.



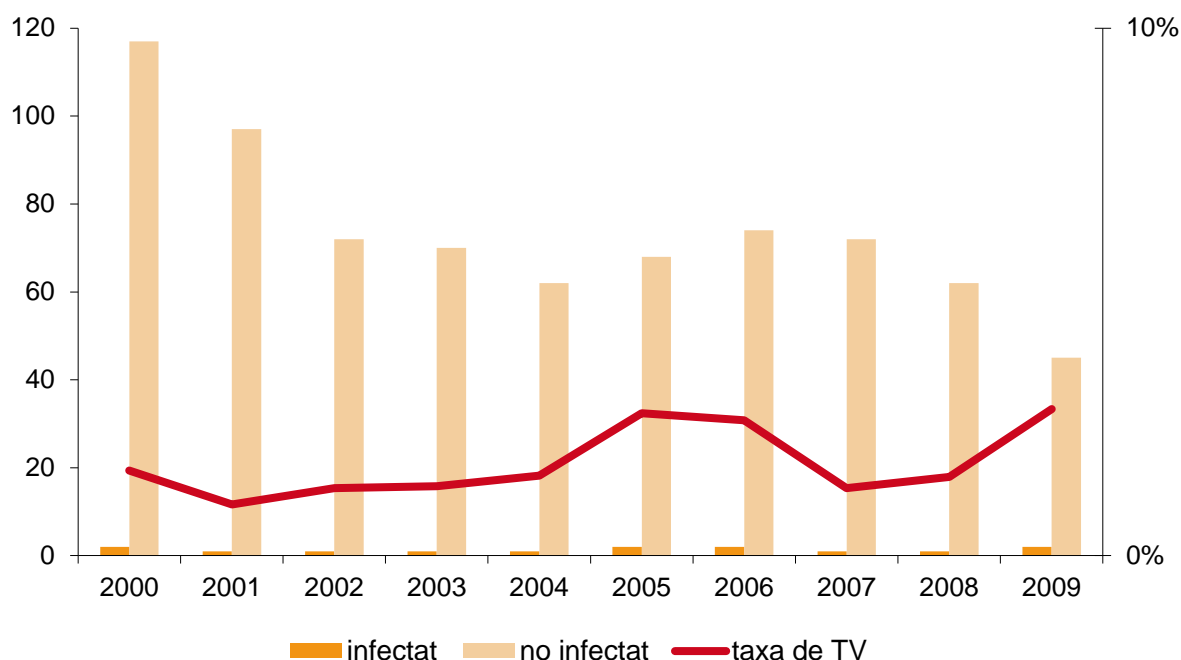
L'evolució de la taxa de TV en el període 2000-2009 s'ha mantingut (**Figura 46**). En aquest període s'han identificat 14 nens infectats d'un total de 683 mares infectades. Cal destacar que 18 d'aquestes mares van ser diagnosticades en el moment del part o posteriorment i que, per tant, no van prendre cap de les mesures prenatales per a prevenir la transmissió del VIH.

Es va administrar TAR durant l'embaràs a 597 de les 683 dones embarassades (87,4%), al 85% de les quals es va fer amb TARGA.

Les noves recomanacions per a la prevenció de la TV a Catalunya han de reforçar el compliment de les mesures de prevenció de la TV².

² [Suy A, Soler-Palacín P, Mur A, Paya A, Fortuny C, Marimon E, et al. Recomanacions per a la prevenció de la transmissió vertical del VIH. Abril 2012. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2012.](#)

Figura 47. Evolució de la taxa de TV. NENEXP, 2000-2009.



5.4 Profilaxis postexposició no ocupacional al VIH

Als darrers anys, 2009 i 2010, s'han notificat un total de 586 casos d'exposicions accidentals no ocupacionals al VIH al Sistema d'informació epidemiològica sobre la PPE al VIH no ocupacional (NONOPEP). Del total, el 64% varen ser homes i el 31,1% dones. El 73,3% tenien una edat compresa entre els 20 i els 39 anys. En el 87,2% (511) l'exposició accidental va ser per via sexual, en el 10,2% (60) per via parenteral i en el 2,6% (15) per altres exposicions. En 439 casos (74,9%) es va prescriure PPE. La persona font va ser identificada en 182 casos (31,1%). D'aquests, en un 78,6% l'estat serològic inicial respecte al VIH era negatiu. Entre les persones exposades que varen rebre tractament 180 (31,7%) presentaren algun efecte advers (**taula 5**). Les nàusees i/o vòmits, juntament amb l'astènia, varen ser els efectes secundaris més freqüents, 31,2% i 20,5% respectivament. Durant aquest període, no s'ha identificat cap seroconversió al VIH.

Taula 5. Efectes secundaris en les persones que inicien PPE. Catalunya 2009-2010.

Efectes secundaris	N	%
No	388	31,7
Sí	180	68,3
Nàuseas i/o vòmits	90	31,2
Malestar general i fatiga	32	20,5
Diarrea	62	19,7
Altres*	35	16,1
Dolor abdominal	18	5,4
Cefalea	19	3,6
Altres alteracions gastrointestinals	17	3,6

*Anorèxia, febre, còlic renal i alteracions de laboratori.

The background features two large, thick, orange rings. One ring is positioned in the upper left quadrant, and the other is in the lower right quadrant, both partially visible and overlapping the edges of the frame.

Altres infeccions de transmissió sexual

1. Sífilis infecciosa i sífilis congènita

Missatges clau

- Durant el 2011, les notificacions de sífilis a Catalunya s'han incrementat un 13% respecte el 2010. Quasi el 60% dels casos han estat en HSH, dels quals més d'una tercera part presenten una coinfecció amb el VIH. És cabdal complir la recomanació del cribratge anual d'ITS, incloent la prova del VIH, en aquesta població.
- Malgrat que no s'ha declarat cap cas de sífilis congènita al 2011, degut a l'increment d'aquesta infecció en el nostre medi és important mantenir l'alerta i realitzar el cribratge de sífilis en la dona embarassada segons els protocols vigents al nostre medi.

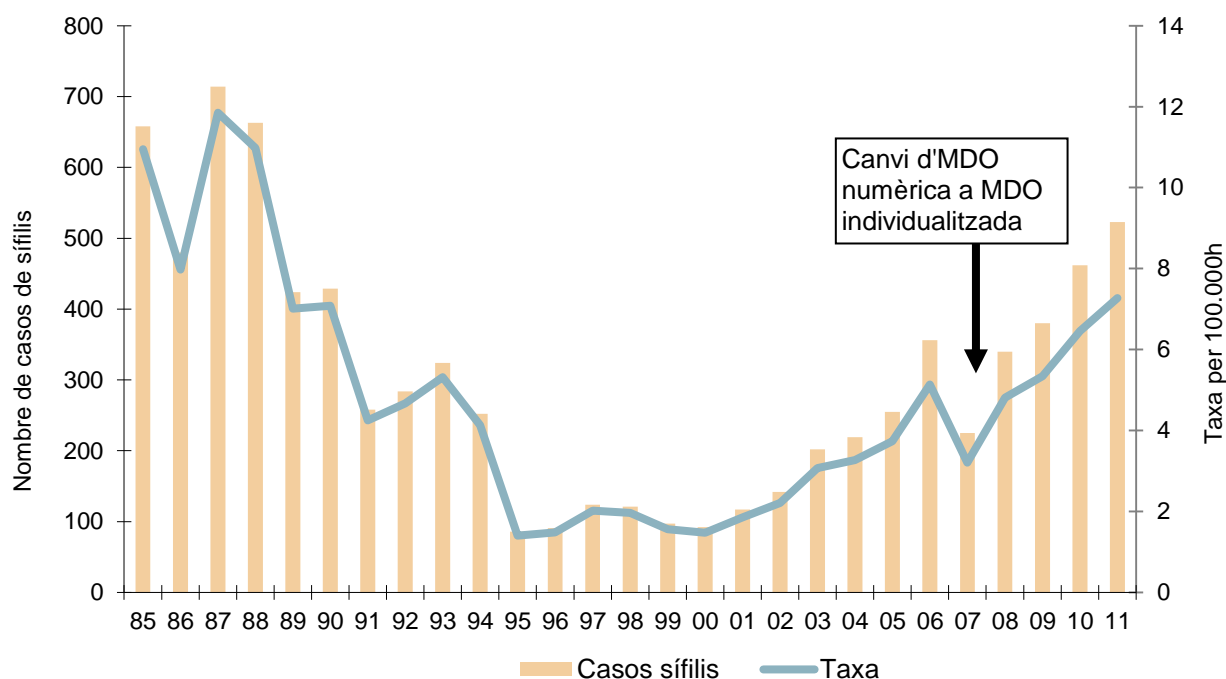


Altres infeccions de transmissió sexual

1.1 Nous diagnòstics

L'any 2011 s'han notificat 523 casos de sífilis al Registre d'MDO individualitzades, el que representa una taxa global de 7,3 casos per 100.000 habitants. Aquesta taxa és superior a la mitja dels països de la Unió Europea que tenen una taxa de 4,5 casos per 100.000 habitants¹ (**figura 1**)

Figura 1. Evolució dels casos de sífilis. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 1985-2011.



El 58,6% dels casos notificats han estat sífilis primàries o secundàries, el 30,9% han estat latents precoç o indeterminades i en el 10,5% dels casos no s'ha disposat d'informació sobre l'estadi clínic.

El 87,4% dels casos són homes i el 12,6% dones, essent les taxes de 12,9 i 1,8 casos per 100.000 habitants, respectivament. La raó home-dona és de 7. La mitjana d'edat dels casos ha estat de 35 anys, dels quals el 36,1% s'inclouen en el grup de 25 i 34 anys i el 33,7% entre 35 i 44 anys (**figura 2**).

Quant al lloc d'origen dels casos, el 43,8% han estat notificats en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (229), el 57,2% pertany a persones originàries de països d'Amèrica Llatina i Carib.

¹ [European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2011. Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2011.](#)

Altres infeccions de transmissió sexual

Pel que fa a la via de transmissió, la més freqüent ha estat els HSH (59,3%) seguit dels homes i dones heterosexuales (10,9% i 9,4%, respectivament). Cal tenir present, que en el 18,7% dels casos de sífilis, la transmissió no ha estat identificada (**figura 3**).

Figura 2. Distribució els casos de sífilis per sexe i grup d'edat.
Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2011.

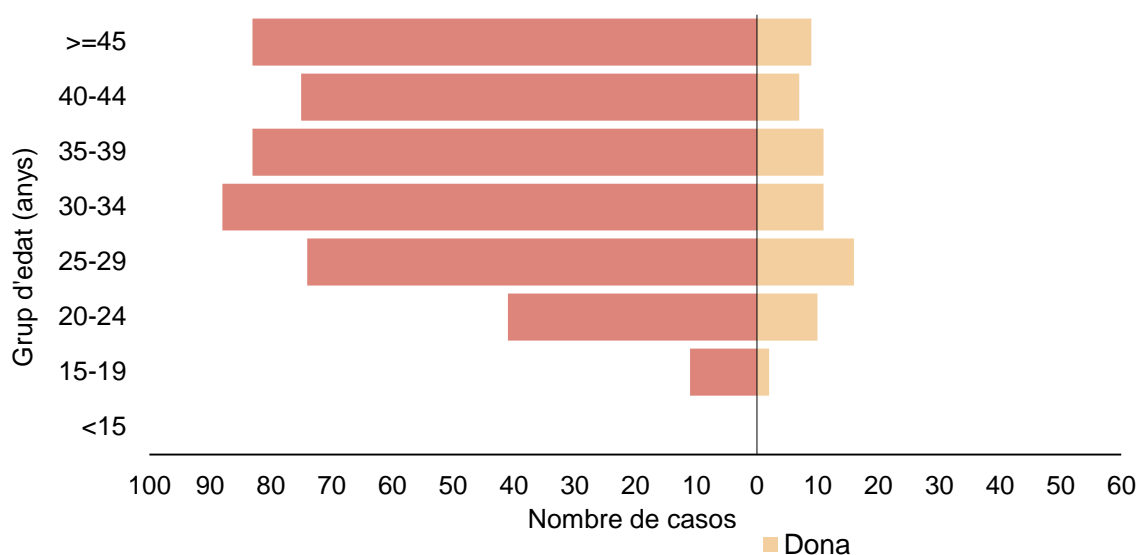
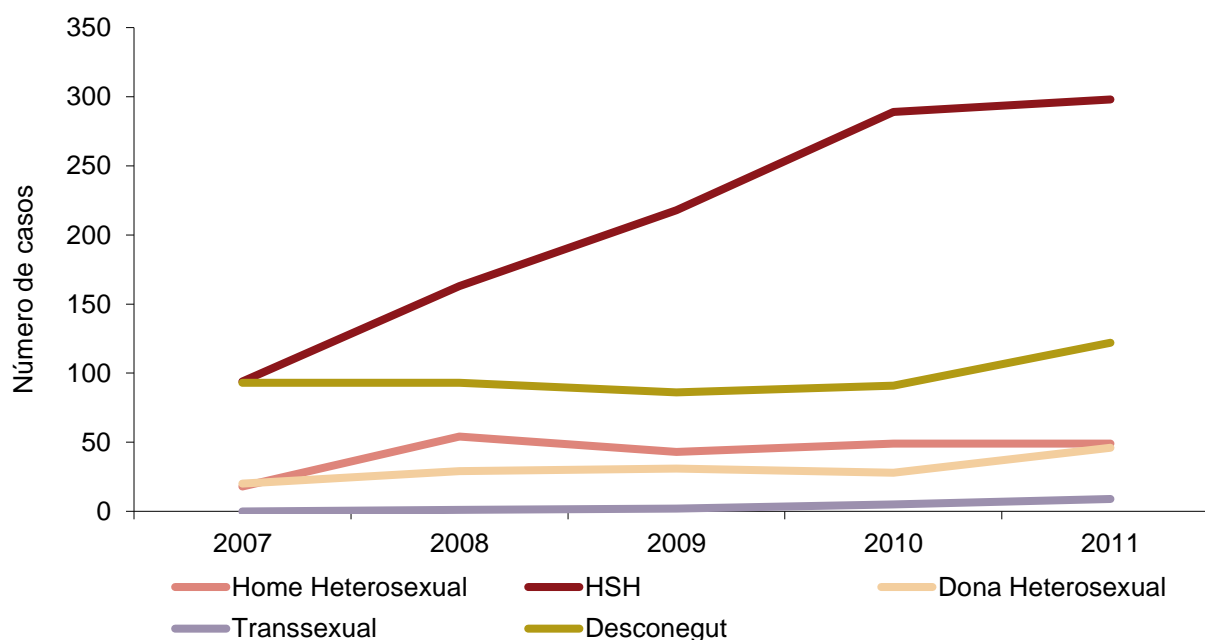


Figura 3. Evolució dels casos de sífilis segons orientació sexual. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.



Altres infeccions de transmissió sexual

Un aspecte important a tenir en compte, és la proporció de casos de sífilis amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic. L'any 2011, el 25,6% dels casos de sífilis eren VIH positius arribant al 37,4% en el cas dels HSH.

Respecte a les conductes de risc elevat, varen declarar una mitjana de 19 parelles sexuals als darrers 12 mesos, excloent-ne les persones que exercien la prostitució. Un 48% van declarar haver tingut una nova parella sexual els darrers 3 mesos i el 44,2% no havien utilitzat el preservatiu a la darrera relació sexual.

Pel que fa al control de la transmissió, els professionals varen iniciar l'abordatge de l'estudi de contactes en un 58,3% dels casos, els quals declaren una mitjana de 2,5 contactes sexuals que es podria localitzar per part del pacient.

Tendències per al període 1992-2011

La taxa de sífilis va experimentar un descens progressiu arribant fins a una taxa d'1,4 casos per 100.000 habitants l'any 1995. Posteriorment i fins l'any 2002 s'observa una estabilització i és a partir de 2003 i fins el 2011 que la taxa de sífilis s'incrementa un 136%. L'any 2011, i en comparació amb el 2010, la taxa de sífilis ha experimentat un increment del 12,6% (**figura 1**).

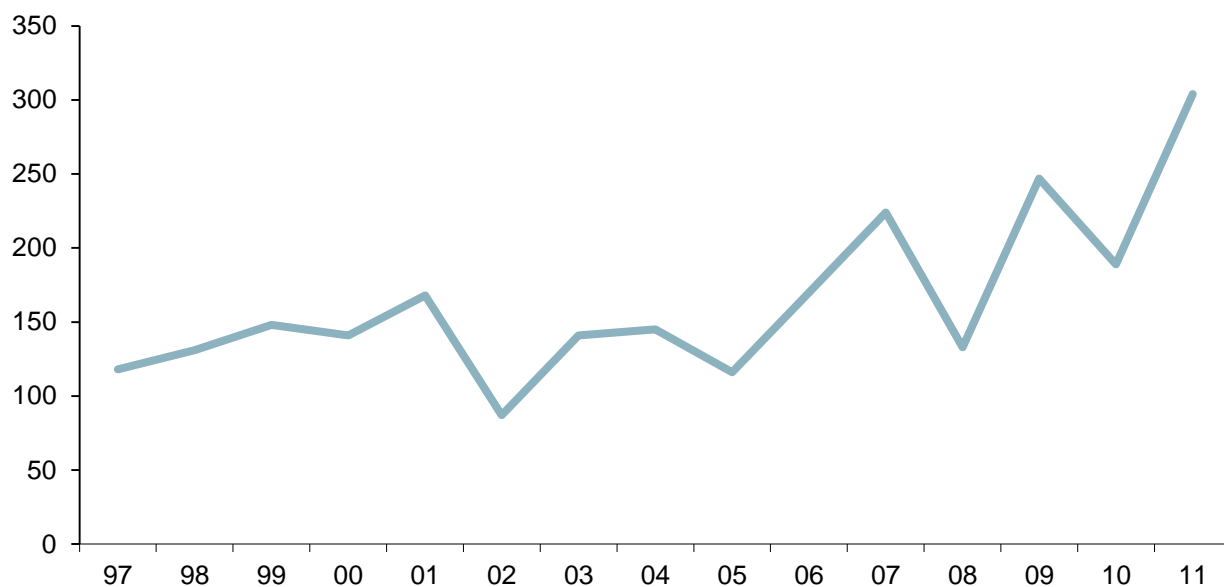
Sífilis congènita

Durant l'any 2011 no s'ha notificat cap cas de sífilis congènita a Catalunya. Pel període 2006-2011 es varen notificar 6 casos de sospita de sífilis congènita, 1 cas al 2006 i 4 al 2007. D'aquests casos, tan sols se'n va poder confirmar un el 2006. Des de 2008 i fins al 2011, no s'ha notificat cap cas.

1.2 Declaració microbiològica

L'any 2011 s'han notificat 304 deteccions de *Treponema pallidum* al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC). En comparació amb el 2010, el nombre de deteccions declarades ha experimentat un ascens del 61% (**figura 4**).

Figura 4. Evolució anual de deteccions de *Treponema pallidum* declarades a l'SNMC, 1996-2011.

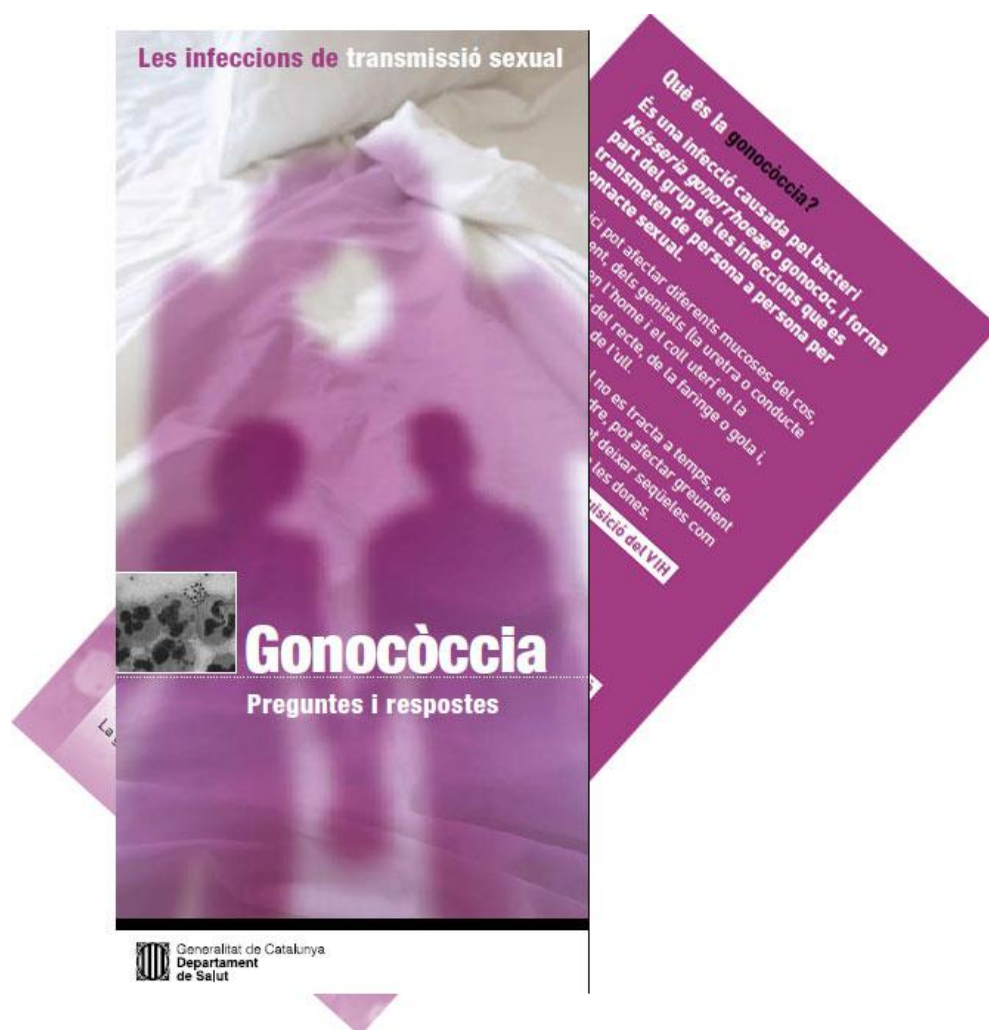


Altres infeccions de transmissió sexual

2. Gonococ

Missatges clau

- Durant el 2011, les notificacions de gonocòccia a Catalunya han disminuït un 5,4% respecte el 2010.
- Els casos de gonocòccia s'han produït majoritàriament en homes. Els homes adults entre 25 i 35 anys, són un grup vulnerable a qui dirigir les intervencions per al control d'aquesta infecció.
- En el context europeu actual i amb l'aparició de dos casos de gonocòccia resistents a la ceftriaxona al 2011 a Catalunya, és imprescindible l'establiment d'un sistema de vigilància d'aquestes resistències, per tal de prevenir la disseminació de soques de *Neisseria gonorrhoeae* multiresistent als antibiòtics.

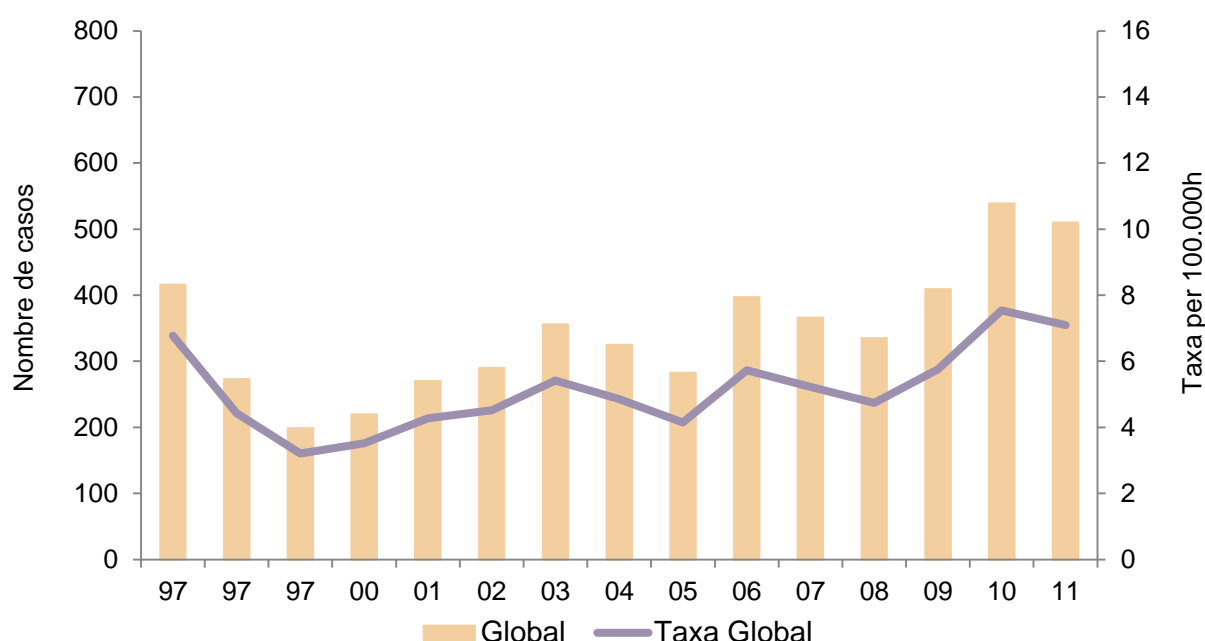


Altres infeccions de transmissió sexual

2.1 Nous diagnòstics

L'any 2011, s'han notificat 510 casos de gonocòccia al registre d'MDO individualitzades, el que representa una taxa global de 7,1 casos per 100.000 habitants. Aquesta taxa és inferior a la mitja dels països de la Unió Europea que tenen una taxa de 9,7 casos per 100.000 habitants¹ (**figura 5**).

**Figura 5. Evolució dels casos de gonocòccia.
Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 1992-2011.**



El 81,8% dels casos són homes i el 18,2% dones, essent les taxes de 11,8 i 2,6 casos per 100.000 habitants respectivament. La ràtio home-dona és de 4. La mitjana d'edat dels casos ha estat de 31 anys, dels quals el 42,1% s'inclouen en el grup de 25 i 34 anys i el 24,3% entre 35 i 44 anys (**figura 6**).

Quant al lloc d'origen dels casos, el 33,1% han estat notificats en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (169), el 49,7% pertany a persones originàries de països d'Amèrica Llatina i Carib.

Pel que fa a la via de transmissió, la més freqüent ha estat els HSH(28,0%) seguit dels homes heterossexuals (23,3%) i de les dones heterossexuals (14,5%). L'any 2011 s'observa un augment de la proporció de desconeguts (34,1%) per aquesta variable, coincidint amb un procés d'automatització de la notificació a Catalunya (**figura 7**).

¹ [European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2011. Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2011.](#)

Figura 6. Distribució dels casos de gonocòccia per sexe i grup d'edat.
Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2011.

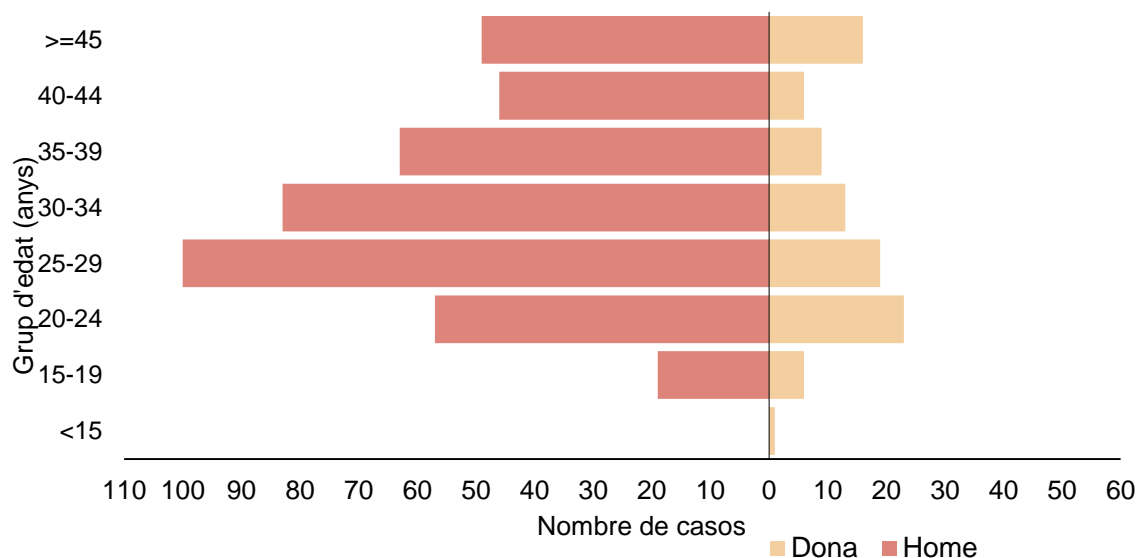
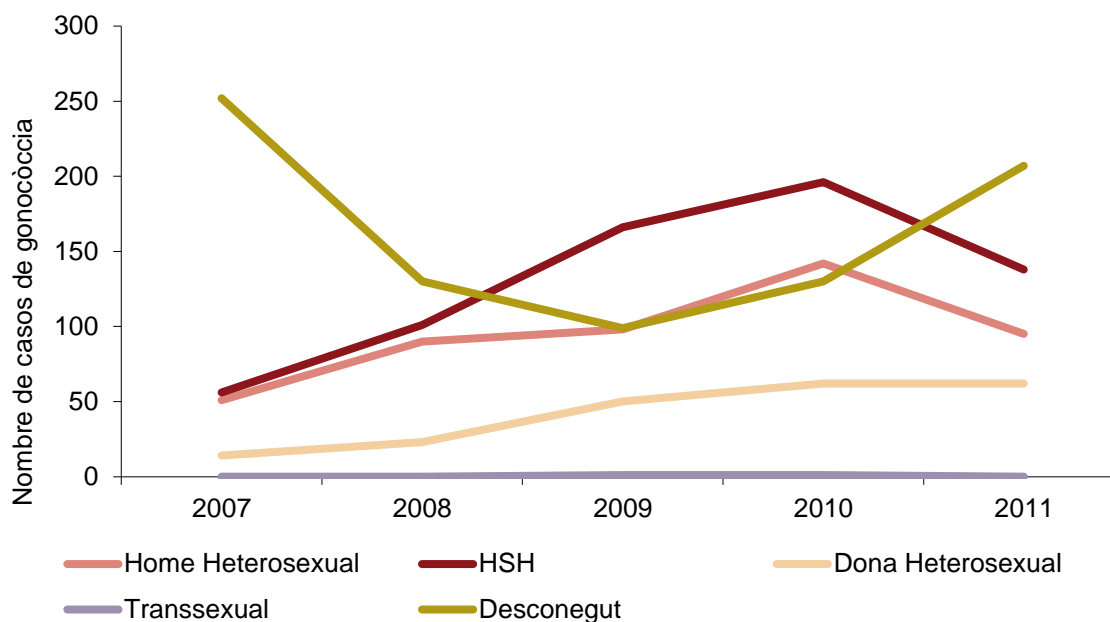


Figura 7. Evolució dels casos de gonocòccia segons orientació sexual.
Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.



En el cas de la gonocòccia, la proporció de casos que presenten una coinfecció amb el VIH és del 10,0% arribant al 32,2% en el cas dels HSH, tot i que en el 49,8% no s'ha pogut identificar.

Altres infeccions de transmissió sexual

Quant a les conductes de risc elevat, varen declarar una mitjana 12 parelles sexuals als darrers 12 mesos, excloent-ne les persones que exercien la prostitució. Un 45,1% van declarar haver tingut una nova parella sexual els darrers 3 mesos i el 44,5% no havien utilitzat el preservatiu a la darrera relació sexual.

Pel que fa al control de la transmissió, els professionals varen iniciar l'abordatge de l'estudi de contactes en un 46,9% dels casos, els quals declaren una mitjana de 1,7 contactes sexuals que es podria localitzar per part del pacient.

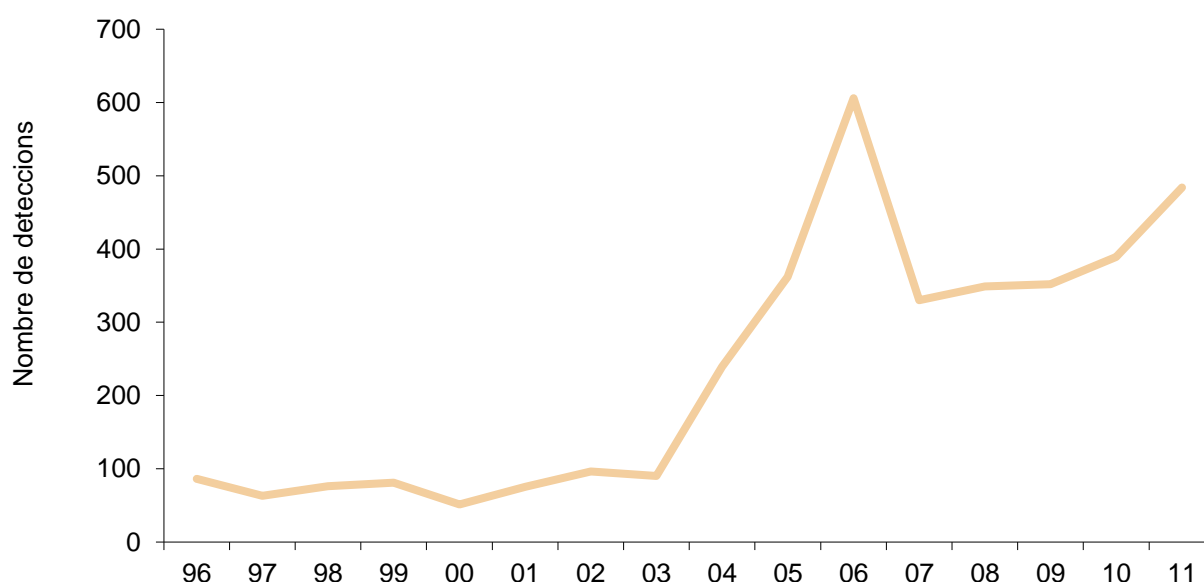
Tendències per al període 1990-2011

La taxa de gonocòccia va experimentar un descens progressiu arribant a una taxa de 3,2 casos per 100.000 habitants l'any 1999. A partir de l'any 2000 i fins el 2011, la taxa de gonocòccia s'incrementa un 101,6%. L'any 2011, i en comparació amb el 2010, la taxa de gonocòccia ha experimentat un descens del 5,4% (**figura 5**).

2.2 Declaració microbiològica

L'any 2011, s'han notificat 484 deteccions de *Neisseria gonorrhoeae* a l'SNMC. En comparació amb el 2010, el nombre de deteccions declarades ha experimentat un ascens del 24% (**figura 8**).

Figura 8. Evolució anual de les deteccions de *Neisseria gonorrhoeae* declarades A l'SNMC, 1996-2011.



Altres infeccions de transmissió sexual

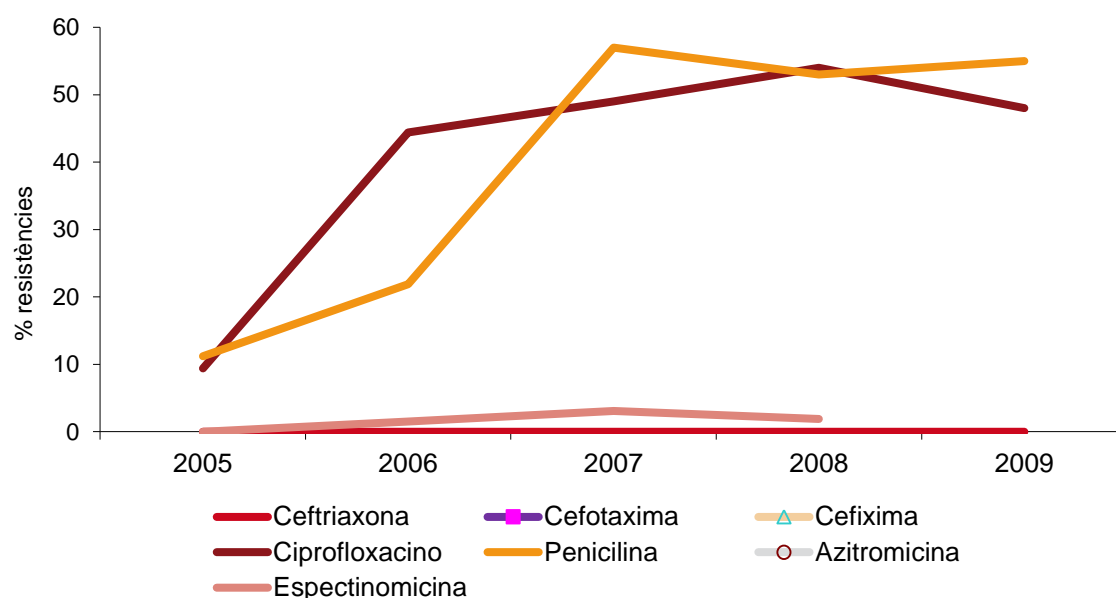
2.3 Resistències antibiòtiques del gonococ

L'SNMC recull informació de les resistències del gonococ a la penicil·lina, ciprofloxacino, ceftriaxona, cefixima, cefotaxima, espectinomicina, i azitromicina, declarades voluntàriament.

Al Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS/VIH/SIDA de Catalunya (CEEISCAT) disposem d'aquesta informació fins l'any 2009, on es mostra un increment de les resistències del gonococ al ciprofloxacino i a la penicil·lina des de l'any 2006.

La informació de resistències a la cefixima i cefotaxima durant el període 2005-2009 és nul·la, tot i que figuren com a resistències antibiòtiques a monitorar dins l'SNMC (**figura 9**).

Figura 9. Evolució de les resistències antibiòtiques del gonococ declarades voluntàriament a l'SNMC.



Font: Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC)

A maig de 2011 l'SNMC va rebre una notificació de l'aïllament d'una soca de *Neisseria gonorrhoeae* amb concentració mínima inhibidora a la ceftriaxona superior a 1,5 mg/l². La caracterització molecular de les dues soques de *Neisseria gonorrhoeae* va demostrar que eren idèntiques a un genotip recentment aïllat a França, suggerint una disseminació arreu d'Europa i

² [Carnicer-Pont D, Smithson A, Fina-Homar E, Bastida MT; Gonococcus Antimicrobial Resistance Surveillance Working Group. First cases of Neisseria gonorrhoeae resistant to ceftriaxone in Catalonia, Spain, May 2011. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012 Apr;30\(4\):218-9.](#)

Altres infeccions de transmissió sexual

reforçant la importància de la vigilància microbiològica i epidemiològica de les resistències antibiòtiques del gonococ³ (taula 1).

Taula 1. Monitoratge de les resistències antibiòtiques del gonococ a partir de l'SNMC.

	2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ceftriaxona	74	0	89	0	143	0	164	0	335	0
Cefotaxime										
Cefixime										
Ciprofloxacino	277	9,4	144	44,4	133	49	164	54	335	48
Peniciline	377	11,2	96	21,9	62	57	138	53	335	55
Azythromicine										
Espectinomycin	40	0	68	1,5	64	3,1	104	1,9		

2.4 Prevalença

Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades, es realitzen talls transversals biennals en poblacions vulnerables com la de joves i dones TS per estimar la prevalença de *Neisseria gonorrhoeae*.

Prevalença de *Neisseria gonorrhoeae* en població jove d'usuaris de centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i centres d'atenció als joves

L'any 2010 un total de 730 joves de 16-35 anys van ser testats durant les visites de rutina als centres ASSIR i centres d'atenció als joves. La prevalença va ser del 0,4% amb 3 casos positius, valors similars als obtinguts a països del nostre entorn⁴.

En tots els casos van ser detectats en dones. Amb valors superiors, però no estadísticament significatius, en les majors de 25 anys (26-35 anys), 0,5% respecte al 0,3% en les menors de 25 anys (16-25 anys). I en les d'origen estranger 0,8% versus 0,2% les espanyoles.

Prevalença de *Neisseria gonorrhoeae* en població jove interna en centres penitenciaris

Entre els 359 joves de 16-25 anys que van ser testats als centres penitenciaris que alberguen la totalitat de la població jove penitenciària per a l'any 2011, es va trobar 1 cas positiu per *Neisseria gonorrhoeae* en un home de 19 anys d'origen estranger representant una prevalença global del 0,3%, similar a la trobada a la població general jove.

³ Camara J, Serra J, Ayats J, Bastida T, Carnicer-Pont D, Andreu A, et al. Molecular characterization of the first two high-level ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates detected in Catalonia, Spain. J Antimicrob Chemother. 2012 Aug;67(8):1858-60.

⁴ Skidmore S, Copley S, Cordwell D, Donaldson D, Ritchie D, Spraggon M. Positive nucleic acid amplification tests for *Neisseria gonorrhoeae* in young people tested as part of the National Chlamydia Screening Programme. Int J STD AIDS. 2011 Jul;22(7):398-9.

Altres infeccions de transmissió sexual

Prevalença de *Neisseria gonorrhoeae* en dones treballadores del sexe

De les 400 dones TS entrevistades al 2009, 46 dones eren espanyoles (11,5%), 109 africanes (27,3%), 124 llatinoamericanes (31,0%) i la resta de l'est d'Europa (30,3%). La prevalença global de *Neisseria gonorrhoeae* va ser del 0,3% sense mostrar diferències segons país d'origen. Aquesta prevalença va ser molt similar a l'observada en els estudis anteriors (0,5% i 1,0% al 2005 i 2007, respectivament).

Altres infeccions de transmissió sexual

3. Infecció genital per *Chlamydia trachomatis* L1-L3: Limfogranuloma veneri

Missatge clau

- Al 2011, s'ha notificat un nou brot de limfogranuloma veneri (LGV) amb un total de 90 casos afectant a HSH amb una coinfecció pel VIH del 92%. Cal promoure l'alerta entre els professionals sanitaris per tal de facilitar el diagnòstic precoç d'aquesta infecció.

Quines són?
Les infeccions de transmissió sexual són aquelles que es transmeten de persona a persona durant les relacions sexuals.

Les més comunes:

- Gonorrèia
- Hepatitis B
- Herpes genital
- Infecció pel VIH/sida
- Infeccions per alguns virus (VPH)
- Infecció genital per clamídia
- Limfogranuloma veneri
- Sífilis o infecció per *Tréponema A.*

D'altres menys greus però que són habituals:

- Berrugues genitals (altres tipus del virus de l'herpes)
- Pediculus públic (fideles, cabres)
- Sarna
- Tricomonosi o infecció per tricomones

Maltes d'aquestes infeccions passen desapercabudes ja que no tenen cap signe ni símptoma d'infecció, sobretot a l'inici. Però si no es detecten i es tracten a l'inici de la infecció poden desencadenar **complicacions i deixar seqüeles** com l'esterilitat i la cirrosi. En canvi, si es detecten a temps sovint tenen un diagnòstic i tractament fàcil.

Possibles complicacions

- Infeccions per gonococ o clamídia: dolors persistents al baix ventre, esterilitat o embaràs ectòpic (fora de l'úter).
- Hepatitis B: cirrosi i/o càncer de fetge.
- Sífilis: trastorns greus cardiovasculars i del sistema nerviós.
- Infecció pel VIH/sida: debilitació del sistema immunitari que porta a desenvolupar certes malalties i, a llarg termini, sense tractament, la mort.

Són infeccions que es transmeten de persona a persona durant les relacions sexuals. Són causades per microbis com virus, bacteris i protozous o per artròpodes paràsits.

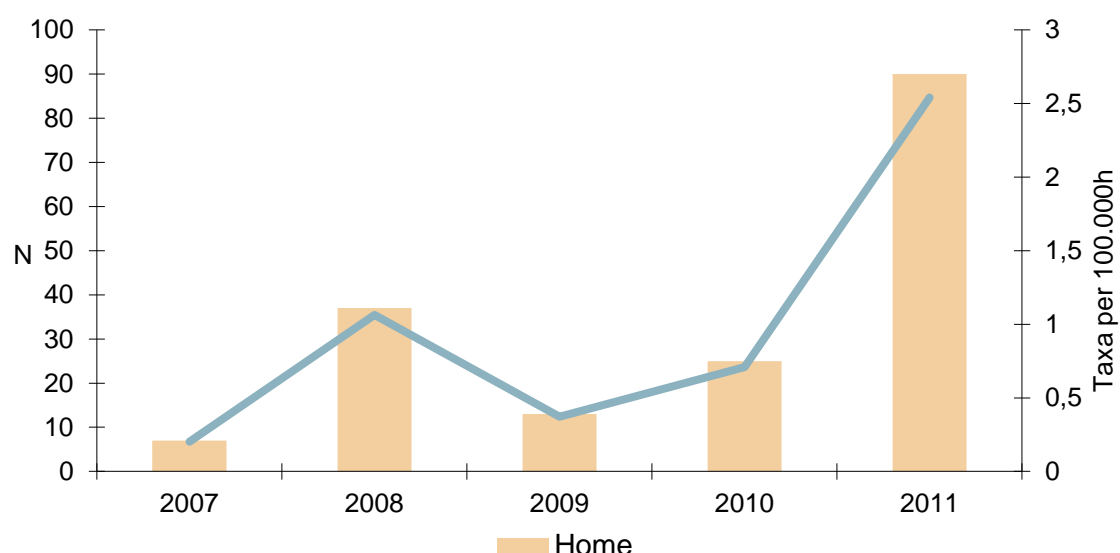
Afecten, sobretot, els òrgans genitals, però també es localitzen en altres llocs, en particular a l'anus i la boca. En alguns casos la infecció es generalitza quan envaeix el sistema sanguini i el limfàtic, i per tant pot afectar diferents òrgans.

Altres infeccions de transmissió sexual

3.1 Nous diagnòstics

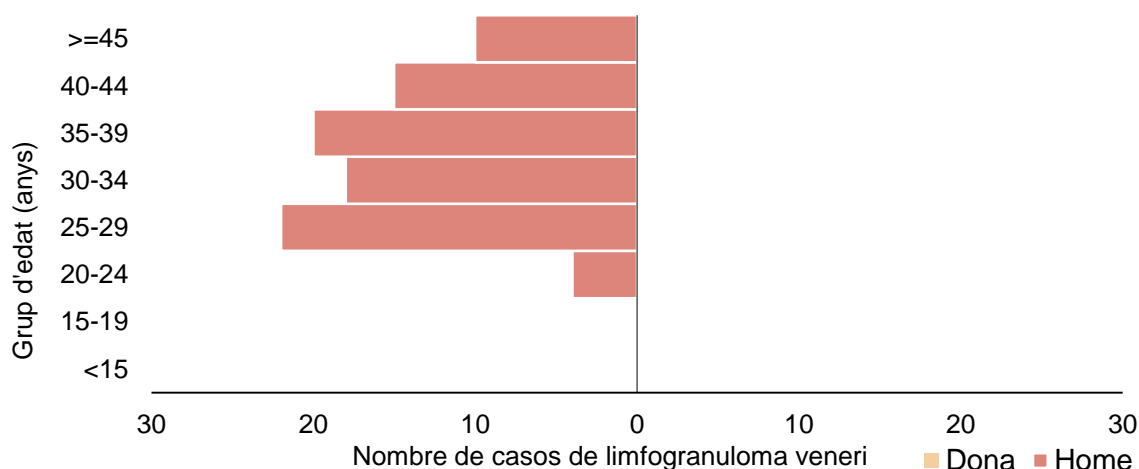
L'any 2011, s'han notificat 90 casos d'LGV al Registre d'MDO individualitzades, el que representa una taxa global d'1,3 casos per 100.000 habitants (**figura 10**).

Figura 10. Evolució dels casos d'LGV.
Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.



El 100% dels casos són homes (taxa de 2,5 casos per 100.000 habitants) amb una mitjana d'edat de 35 anys, dels quals el 44,4% s'inclouen en el grup d'entre 25 i 34 anys i el 40% en els de 35 a 44 anys (**figura 11**).

Figura 11. Distribució dels casos d'LGV per sexe i grup d'edat.
Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2011.



En quant al lloc d'origen dels casos, el 43,3% en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (39), el 48,7% en persones provinents d'Amèrica Llatina i Carib i el 41% d'Europa Occidental.

Altres infeccions de transmissió sexual

Pel que fa a la via de transmissió, el 96,7% han estat casos notificats en HSH i el 92,2% dels casos tenien una coinfecció amb el VIH en el moment del diagnòstic.

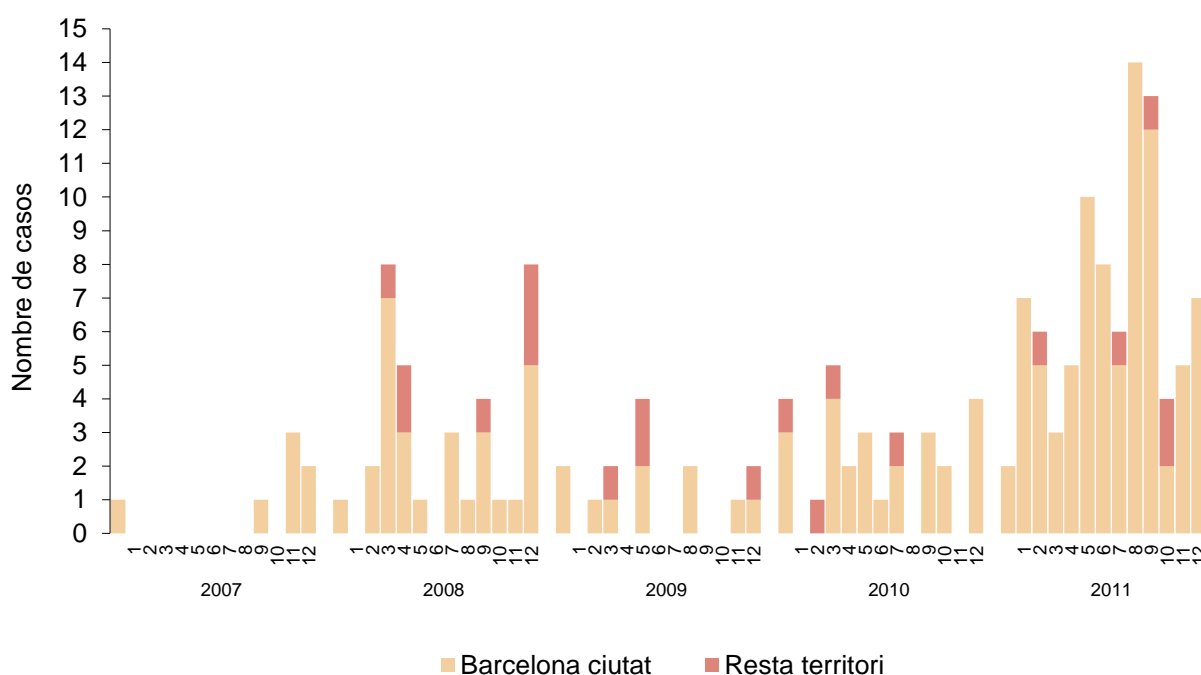
Quant a les conductes de risc elevat, varen declarar una mitjana de 26 parelles sexuals als darrers 12 mesos, excloent-ne les persones que exercien la prostitució. Un 64,4% van declarar haver tingut una nova parella sexual els darrers 3 mesos, i el 60% no havien utilitzat el preservatiu a la darrera relació sexual.

Pel que fa al control de la transmissió, els professionals varen iniciar l'abordatge de l'estudi de contactes en un 58,9% dels casos, els quals van declarar una mitjana de 3 contactes sexuals que es podrien localitzar per part del pacient.

Tendències per al període 2007-2011

Des de que a l'any 2004 es va confirmar el primer cas d'LGV a Catalunya, aquesta infecció ha passat de ser una malaltia rarament diagnosticada a una malaltia emergent amb dos brots identificats, un l'any 2008¹ (21) i l'altre l'any 2011² (65), en la seva majoria (94,4%) residents a la ciutat de Barcelona (**figura 12**).

Figura 12. Evolució dels casos d'LGV segons quadrisetmana epidemiològica.
Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.



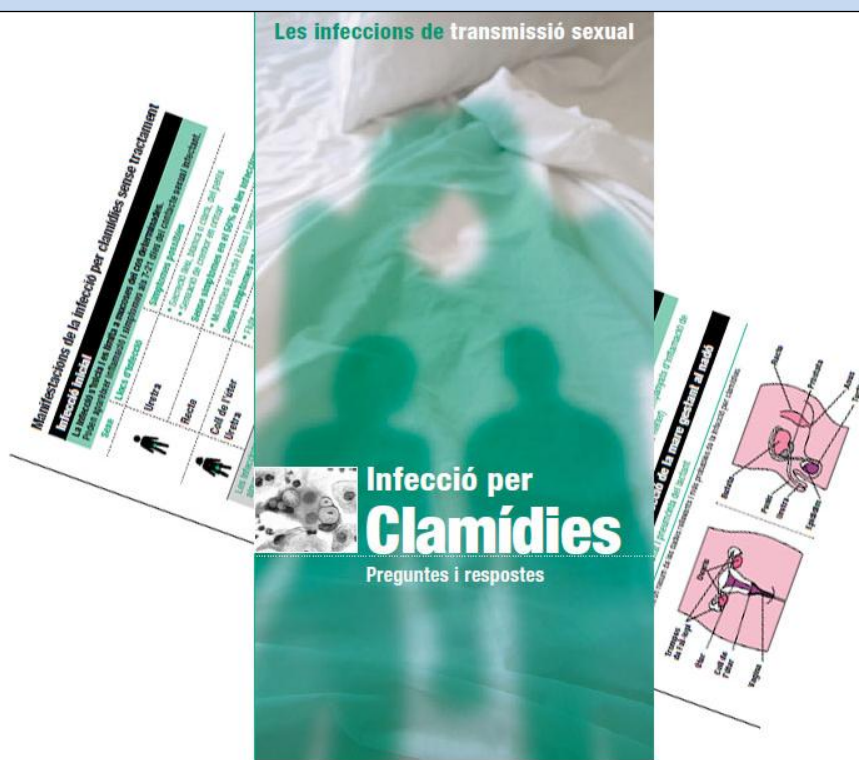
¹ Vall Mayans M, Caballero E, Garcia de Olalla P, Armengol P, Codina MG, Barberà MJ, et al. Outbreak of lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Barcelona 2007/08-an opportunity to debate sexual health at the EuroGames 2008. Euro Surveill. 2008 Jun 19;13(25). pii: 18908.

² Vargas-Legas H, Garcia de Olalla P, Arando M, Armengol P, Barbera M, Vall M, et al. Lymphogranuloma venereum: a hidden emerging problem, Barcelona, 2011. Euro Surveill. 2012 Jan 12;17(2). pii: 20057.

4. Infecció genital per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K

Missatge clau

- A Catalunya, l'any 2011 la taxa de *Chlamydia trachomatis* va ser de 9 casos per 100.000 habitants, molt per sota de la mitjana d'Europa (185 casos per 100.000 habitants), suggerint que encara hi ha una baixa detecció de clamídia en el nostre medi.
- La infecció per *Chlamydia trachomatis* afecta majoritàriament a homes i dones heterossexuals menors de 30 anys, tot i que s'observa una minoria emergent en HSH.
- La prevalença de *Chlamydia trachomatis* en joves presenta un augment en els darrers anys i és superior en els menors de 25 anys, tal com s'observa a nivell europeu. Cal assegurar la implementació de les recomanacions en quant al cribratge de *Chlamydia trachomatis* de l'actual Guia de Pràctica Clínica sobre les infeccions de transmissió sexual.
- Els joves immigrants presenten prevalences de *Chlamydia trachomatis* significativament superiors. Un aspecte clau a tenir en compte serà l'adaptació d'intervencions preventives a la realitat sociocultural dels immigrants.

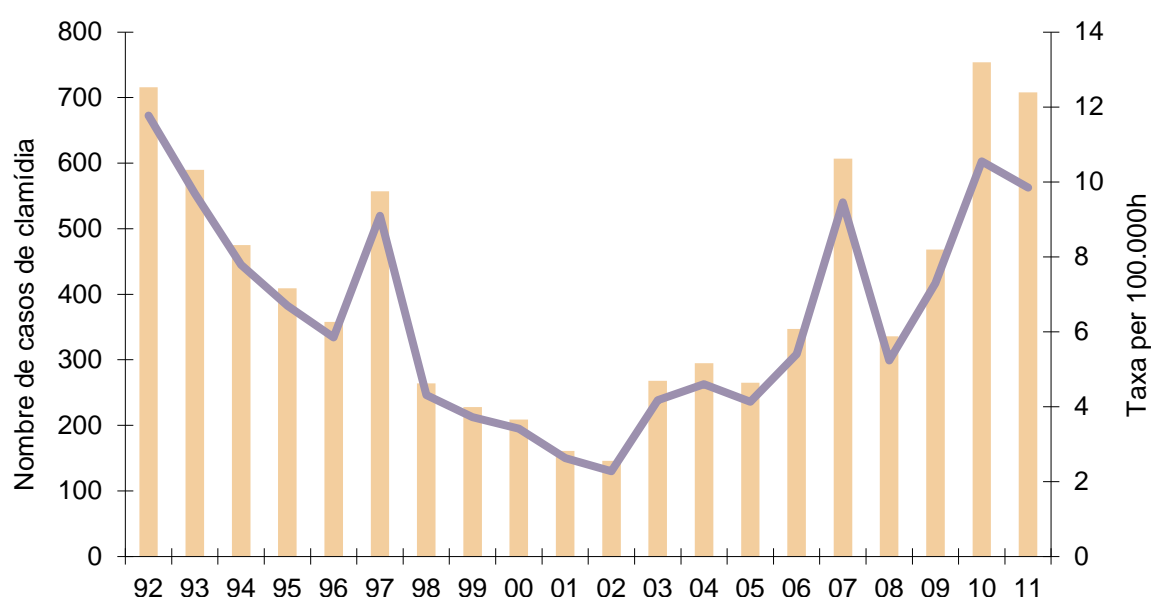


Altres infeccions de transmissió sexual

4.1 Nous diagnòstics

L'any 2011, s'han notificat 649 casos d'infeccions genitals per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K al registre d'MDO numèriques, el que representa una taxa de 9 casos per 100.000 habitants. En comparació amb el 2010, la taxa de clamídia ha experimentat un descens del 7% (**figura 13**). Aquesta taxa és molt diferent a la dels països de la Unió Europea que és de 185 casos per 100.000 habitants¹.

Figura 13. Evolució dels casos d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K. Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 1992-2011.

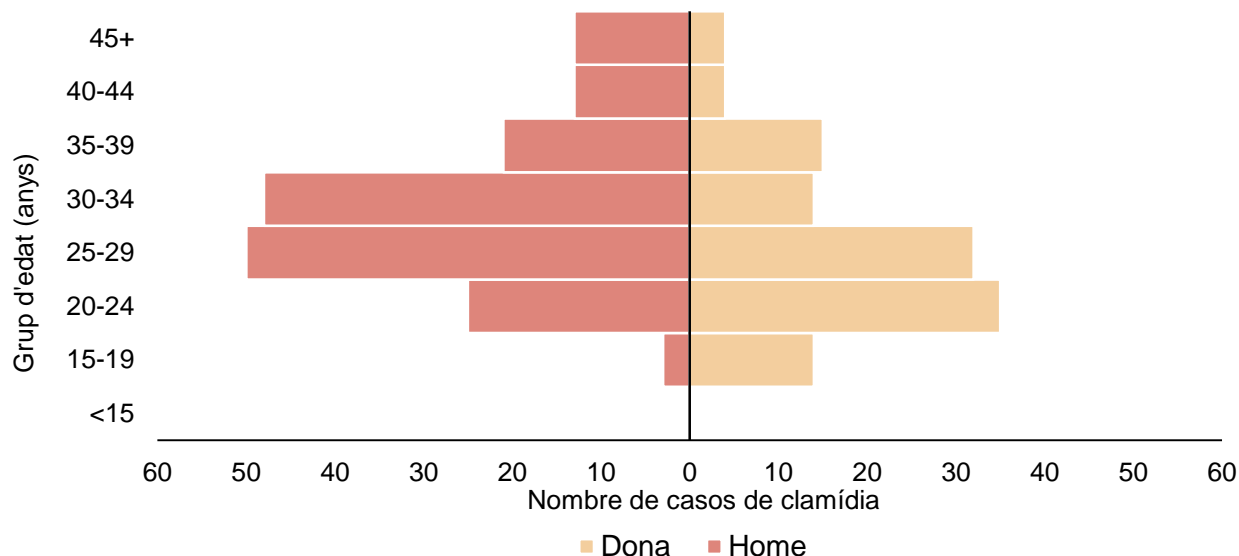


L'epidemiologia de la infecció genital per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K es monitora mitjançant el Registre de les ITS de Catalunya (RITS) amb un total de 282 nous episodis declarats durant l'any 2011. Aquest total representa el 43% del total les clamídies notificades al Registre d'MDO numèriques per aquest any.

Del total de 291 episodis per *Chlamydia trachomatis*, el 60,6% són homes amb una ràtio home-dona de 3:2. La mitjana d'edat és de 30 anys, afectant homes joves de 25-34 anys (31 anys) i dones encara més joves, de 20-29 anys (27 anys) (**figura 14**).

¹ [European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2011. Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2011.](#)

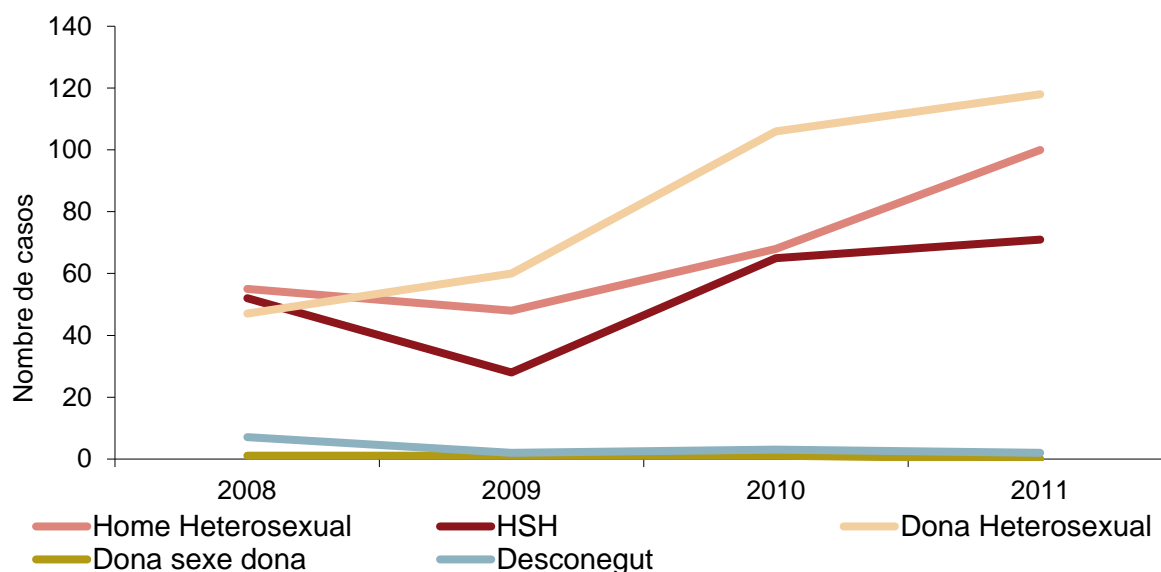
Figura 14. Distribució dels casos d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis* D-K per sexe i grup d'edat. RITS, 2011.



Poc menys de la meitat dels casos són d'origen estranger (129, 45,7%), distribuïts majoritàriament entre l'Amèrica Llatina/Carib (45%) i Europa occidental (30,2%).

Les pràctiques per l'adquisició de *Chlamydia trachomatis* mostren un perfil heterosexual jove (72,3%), tant en els homes com en les dones. Cal destacar que una quarta part dels casos (25,5%) han estat en HSH majors de 25 anys (**figura 15**).

Figura 15. Evolució dels casos d'infecció per *Chlamydia trachomatis* segons orientació sexual. RITS, 2008-2011.



Els casos declarats es presenten amb una clínica d'infecció genital i en una petita proporció amb una infecció ano-rectal (9%), aquesta última majoritàriament en HSH. La coinfecció amb el VIH va

Altres infeccions de transmissió sexual

ser en 11% dels casos i a més, un 18% havia presentat alguna altra ITS al darrer any. La majoria dels casos van ser tractats amb Azitromicina, Doxiciclina o combinacions de Cefalosporines-Azitromicina.

Els casos notificats durant aquest període van declarar unes pràctiques de risc elevat amb una mitjana de 10 parelles sexuals durant els darrers 12 mesos, excloent-ne les persones que exercien la prostitució. Gairebé la meitat (49,6%) van declarar haver tingut una nova parella sexual els darrers 3 mesos i un 78,3% no havien utilitzat el preservatiu a la darrera relació sexual.

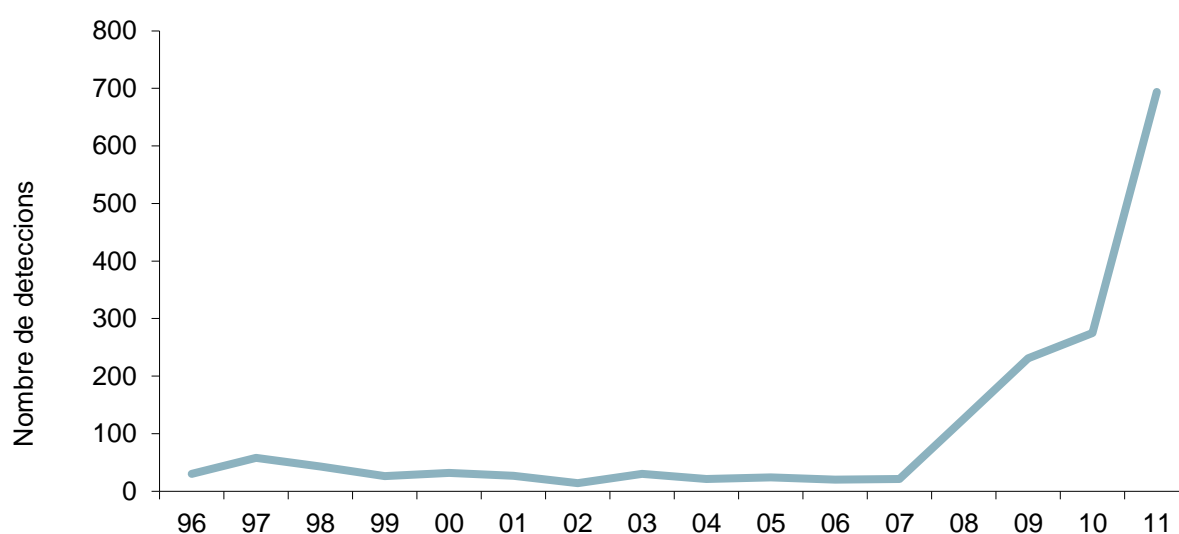
Respecte a les conductes dels darrers 12 mesos, el 3% van declarar haver mantingut contactes sexuals amb prostitució, mentre que el 3,6% exercia el sexe comercial, el 3,3% mantenia contactes sexuals en llocs de trobades sexuals, el 5,6% mantenia contactes a l'estranger, i el 5,6% consumia drogues.

Pel que fa al control de la transmissió, els professionals varen iniciar l'abordatge de l'estudi de contactes en un 94,7% dels casos diagnosticats, els quals declaraven una mitjana d'1 contacte sexual que es podria localitzar per part del pacient.

4.2 Declaració microbiològica

L'any 2011, s'han notificat 694 deteccions de *Chlamydia trachomatis* l'SNMC. En comparació amb el 2010, el nombre de deteccions declarades ha experimentat un ascens del 152% (**figura 16**).

Figura 16. Evolució anual de les deteccions de *Chlamydia trachomatis* declarades a l'SNMC, 1996-2011.



Altres infeccions de transmissió sexual

4.3 Prevalença

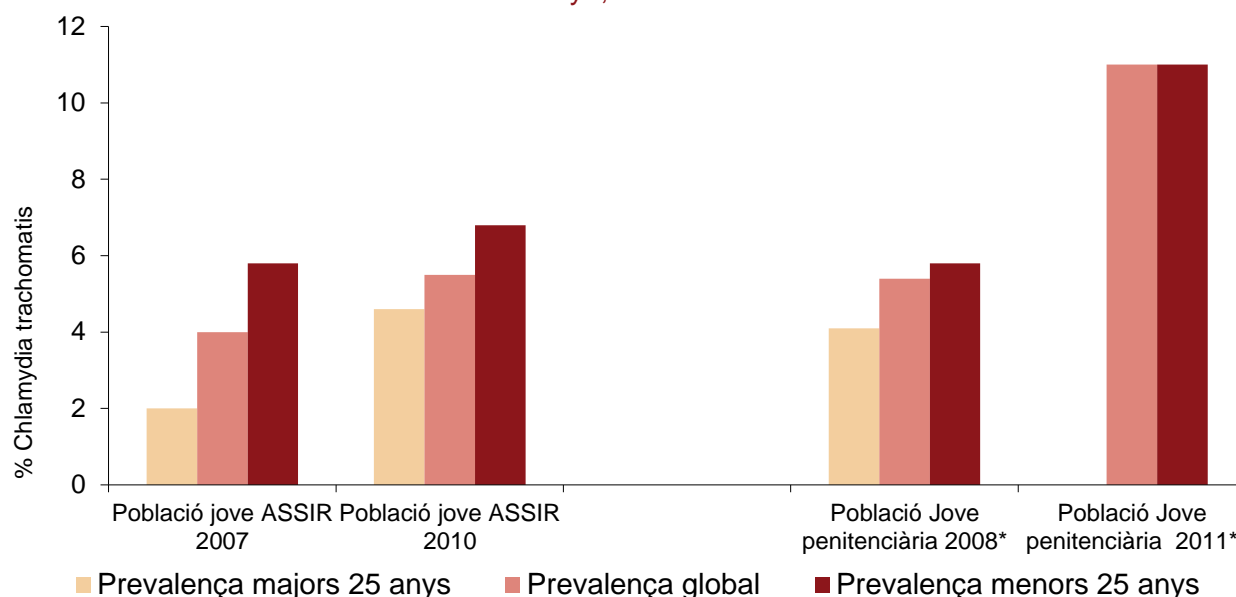
Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades a aquestes infeccions, es realitzen estudis biennals per estimar la prevalença en poblacions vulnerables com la de dones TS i joves.

Prevalença de *Chlamydia trachomatis* en població de joves usuaris de centres d'Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i centres d'atenció als joves

La prevalença de *Chlamydia trachomatis* per a l'any 2010 en els 730 joves d'entre 16 i 35 anys que van ser testats durant les visites de rutina als centres ASSIR i centres d'atenció als joves, va ser del 5,5% amb un total de 40 casos positius. Aquests valors es troben dins els rangs observats a països del nostre entorn². A més, els estrangers presentaven prevalences significativament superiors, 8,2% respecte al 4% dels espanyols.

Comparant amb els estudis realitzats en anys anteriors, s'observa un increment de la prevalença en aquesta població (**figura 17**).

Figura 17. Evolució de la prevalença de *Chlamydia trachomatis* en població jove. Catalunya, 2007-2011.



Prevalença de *Chlamydia trachomatis* en població de joves interns en centres penitenciaris

La prevalença de *Chlamydia trachomatis* per a l'any 2011 en els 359 joves d'entre 16 i 25 anys que va ser testats en centres penitenciaris que alberguen la totalitat de la població jove penitenciària, va ser de l'11% amb 39 casos positius, 3 en dones i 36 en homes. La prevalença en les dones va ser del 7,7% i la dels homes del 12%. Es van trobar 7 casos positius en espanyols

² [European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia control in Europe. ECDC Guidance. Stockholm: ECDC; 2009.](http://ecdc.europa.eu/en/files/2010/01/Chlamydia_control_in_Europe_ECDC_Guidance.pdf)

Altres infeccions de transmissió sexual

respecte als 32 casos trobats en estrangers. Prevalença del 7,2% en espanyols respecte el 12,2% en estrangers. En cap cas les diferències són significatives.

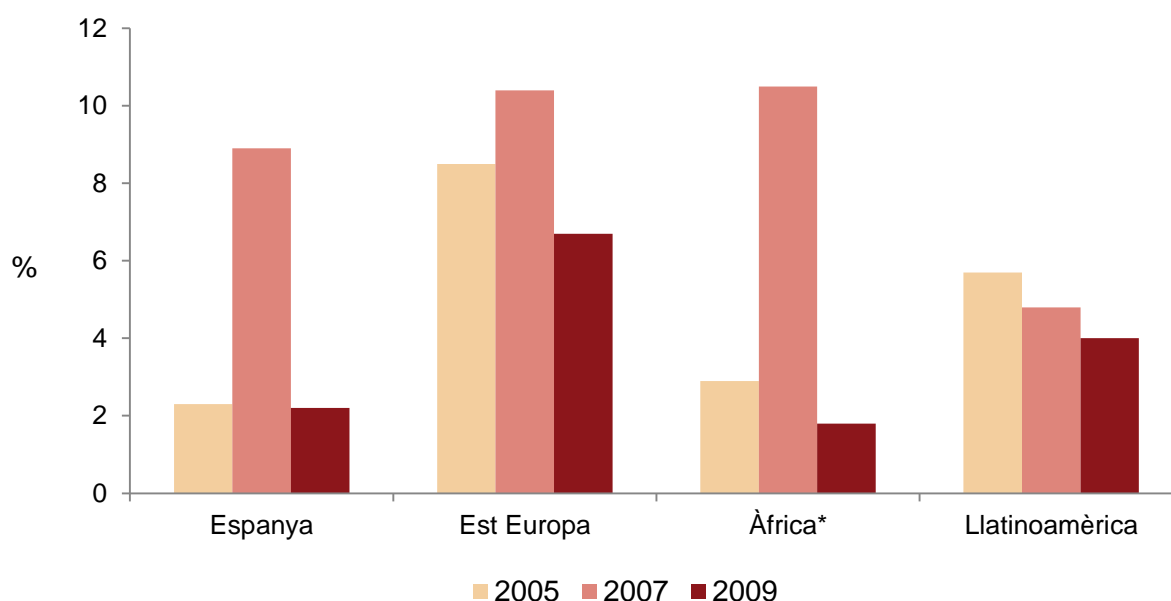
Comparant amb els estudis realitzats en anys anteriors, s'observa un increment significatiu en la prevalença en aquesta població (**figura 17**).

Els valors de prevalença obtinguts, són superiors als trobats a la població general i similars als trobats en els centres penitenciaris de països del nostre entorn³.

Prevalença de *Chlamydia trachomatis* en dones treballadores del sexe

La prevalença de *Chlamydia trachomatis* entre les dones TS entrevistades al 2009 va ser del 4%, sense observar diferències significatives segons país d'origen. Aquesta prevalença ha estat inferior a l'observada en anteriors estudis, especialment respecte a la mesura de 2007 (**figura 18**). No s'observen diferències en la prevalença de *Chlamydia trachomatis* segons edat (4,5% i 3,9% en menors i majors de 25 anys, respectivament).

Figura 18. Evolució de la prevalença de *Chlamydia trachomatis* en dones TS segons país d'origen. Catalunya, 2005-2009.



* $p < 0,05$

³ [Menon-Johansson AS, Winston A, Matthews G, Portsmouth S, Daniels D. The first point prevalence study of genital Chlamydia trachomatis infection in young male inmates in the UK. Int J STD AIDS. 2005 Dec;16\(12\):799-801.](#)

Altres infeccions de transmissió sexual

5. Infecció pel virus de l'herpes simple genital

Missatge clau

- La infecció pel virus herpes simple (VHS) és la segona ITS declarada més freqüent després del condiloma acuminat.
- La infecció pel VHS afecta majoritàriament a homes i dones heterossexuals entre 25 i 34 anys. Es manté la importància de dirigir mesures preventives i de control de les ITS en aquesta població.

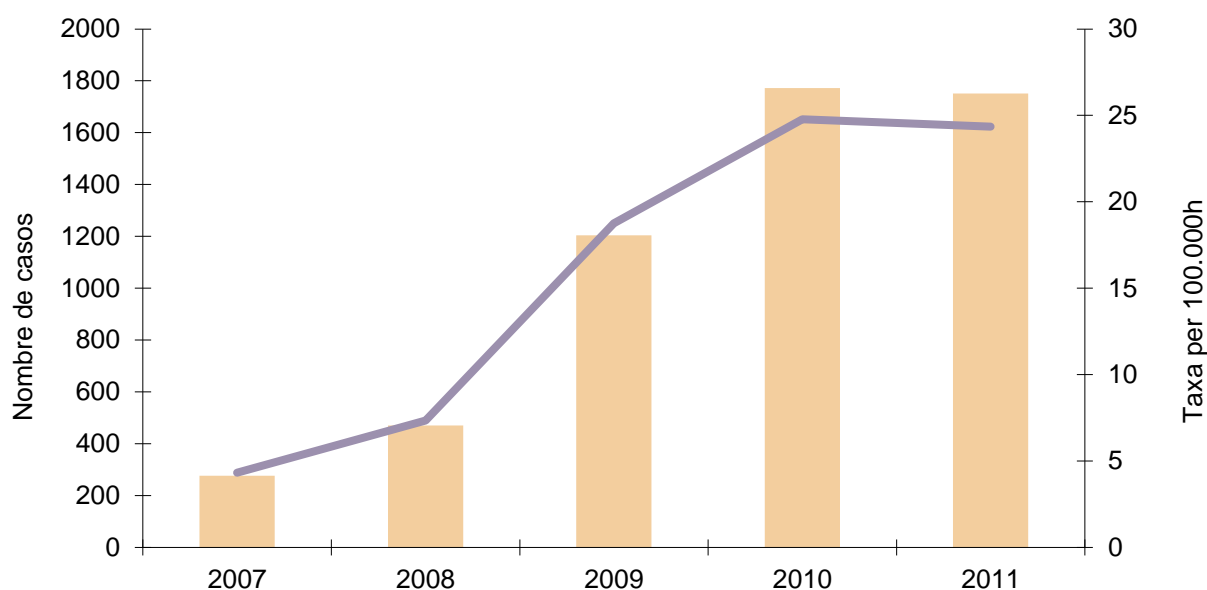


Altres infeccions de transmissió sexual

5.1 Nous diagnòstics

Pel que fa a la infecció pel VHS genital s'han notificat 1.695 casos al Registre d'MDO numèriques l'any 2011, el que representa una taxa de 23,6 casos per 100.000 habitants. En comparació amb el 2010, la taxa d'herpes ha experimentat un descens del 4,4% (**figura 19**).

Figura 19. Evolució dels casos d'infecció genital pel VHS.
Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.



L'epidemiologia de la infecció pel VHS genital es monitora mitjançant el RITS amb un total de 205 episodis declarats l'any 2011.

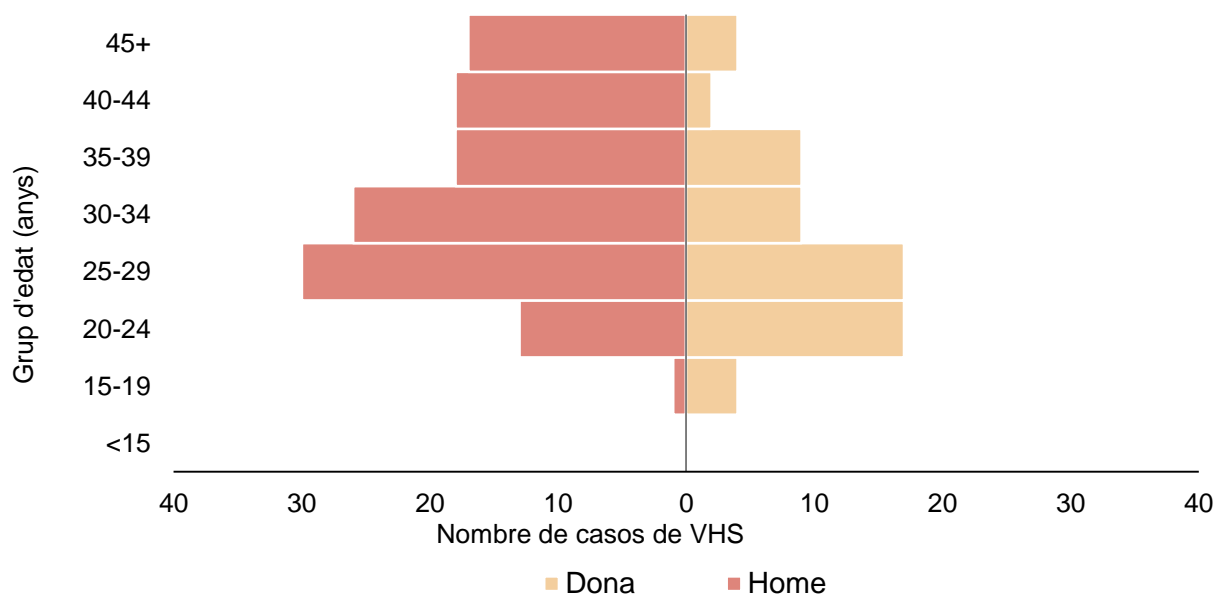
Del total de 185 episodis d'herpes, el 65% són homes amb una ràtio home-dona de 9:5. La mitjana d'edat global és de 32 anys, afectant a homes en el rang d'edat de 25-34 anys i a dones més joves entre els 20-29 anys (**figura 20**).

Quant al país de naixement, gairebé la meitat varen ser estrangers (98, 47,8%), distribuït majoritàriament entre l'Amèrica Llatina i Carib (54,1%) i Europa occidental (21,4%).

Pel que fa a la via sexual per l'adquisició i transmissió de l'herpes, es manté amb un perfil heterosexual (69%) sense variacions als darrers anys (**figura 21**).

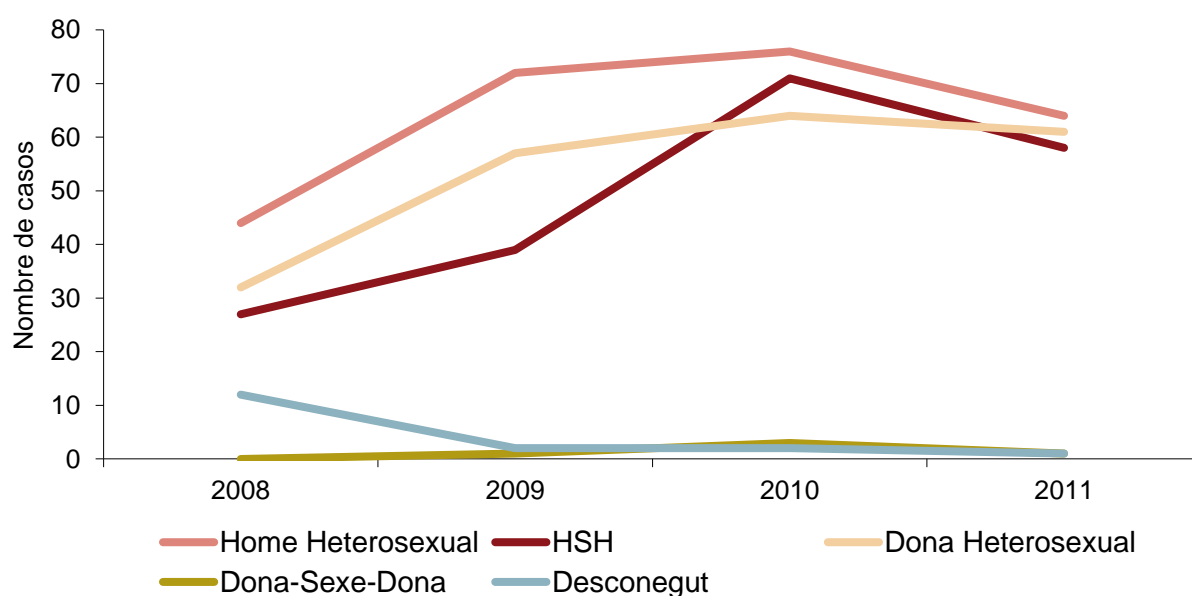
Altres infeccions de transmissió sexual

Figura 20. Distribució dels casos d'infecció genital pel VHS per sexe i grup d'edat.
RITS de Catalunya, 2011.



Considerant que aquesta infecció cursa com a malaltia ulcerativa i que potencia l'adquisició i la transmissió del VIH, l'any 2011 hi va haver una considerable proporció de casos amb coinfecció amb el VIH (16%), la majoria en HSH (87,5%). A més, un 11% havia presentat alguna altra ITS al darrer any.

Figura 21. Evolució dels casos d'infecció genital pel VHS segons orientació sexual. RITS de Catalunya, 2008-2011.



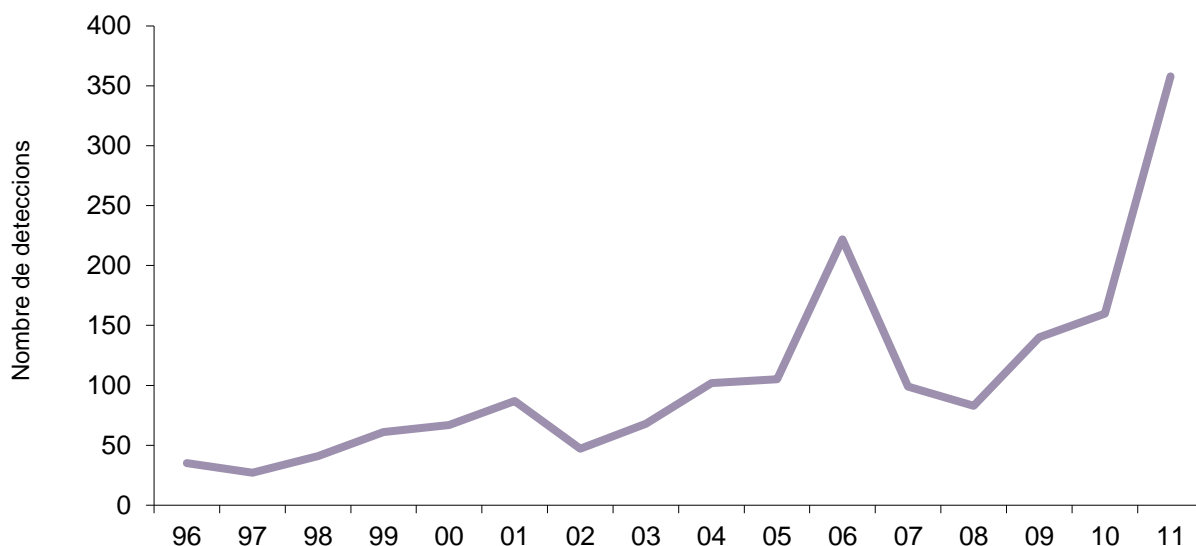
Altres infeccions de transmissió sexual

El 47,3% dels casos no havien utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual. El 36,6% van tenir una nova parella sexual els darrers 3 mesos, amb una mitjana de més de 5 parelles sexuals al darrer any. Quant a les conductes de risc elevat als darrers 12 mesos, el 2% declaren haver mantingut contactes sexuals amb prostitució, mentre que el 2,4% exercia el sexe comercial, el 2,4% mantenia contactes sexuals en llocs de trobades sexuals, el 5,4% va mantenir contactes sexuals a l'estranger, i el 4,9% consumia drogues.

5.2 Declaració microbiològica

L'any 2011 s'han notificat 358 deteccions de VHS genital a l'SNMC. En comparació amb el 2010 el nombre de deteccions declarades ha experimentat un ascens del 124% (**figura 22**).

Figura 22. Evolució anual de les deteccions de VHS genital declarades a l'SNMC, 1996-2011.



6. Infecció pel virus del papil·loma humà: condiloma acuminat o berruga anogenital

Missatge clau

- El condiloma acuminat és la ITS declarada més freqüent en el nostre medi.
- Els condilomes acuminats es presenten majoritàriament en homes i dones heterossexuals entre 20 i 35 anys.
- La vigilància sentinella d'aquesta ITS, a més, és important al nostre entorn per tal de monitorar l'impacte de la vacunació front al virus del papil·loma humà quan s'utilitza la vacuna quadrivalent.

Altres infeccions de transmissió sexual

6.1 Nous diagnòstics

El condiloma acuminat és la ITS més freqüent del nostre entorn. Durant l'any 2011 s'han notificat un total de 4.698 casos de condiloma acuminat, el que representa una taxa de 65,4 casos per 100.000 habitants. En comparació amb el 2010, la taxa de condiloma acuminat ha experimentat un descens del 2,4%.

L'epidemiologia de les berrugues anogenitals es monitora mitjançant el RITS amb un total de 538 nous episodis declarats durant l'any 2011.

Del total de 440 episodis de berrugues anogenitals, el 50% són homes amb una ràtio home-dona de 1:1. La mitjana d'edat global és de 29 anys essent el grup de joves de 25-29 anys el més afectat, tant en homes com en dones.

Al ser una ITS molt més freqüent entre la població general, la distribució segons país d'origen va ser majoritàriament autòcton amb un 32% d'estrangers en major proporció d'Amèrica Llatina i Carib (57,6%) i Europa occidental (20,9%).

Pel que fa a les pràctiques per l'adquisició d'aquesta infecció, mostra un perfil clarament heterosexual jove (80,6%). La coinfecció amb el VIH va ser del 4%, més baixa que la de qualsevol altra ITS. La majoria dels casos van ser tractats amb crioteràpia sola o en combinacions, imiquimod, podofil i en menor proporció l'àcid tricloroacètic.

En quant a les conductes de risc elevat, varen declarar un nombre de parelles sexuals molt més baix que en les altres ITS, amb una mitjana de 4 parelles sexuals als darrers 12 mesos, excloent-ne les persones que exercien la prostitució. Un 22,7% van declarar haver tingut una nova parella sexual els darrers 3 mesos i el 51,1% no havien utilitzat el preservatiu a la darrera relació sexual.

Durant els darrers 12 mesos, aquesta població va mantenir conductes més properes a la de la població general jove amb una elevada proporció de consum de drogues (30,1%) majoritàriament alcohol i cànnabis.

Van tenir contactes sexuals a l'estranger el 5,9% i contactes sexuals en llocs de trobades sexuals un 2,8%.

Figura 23. Evolució dels casos de condiloma acuminat.
Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.

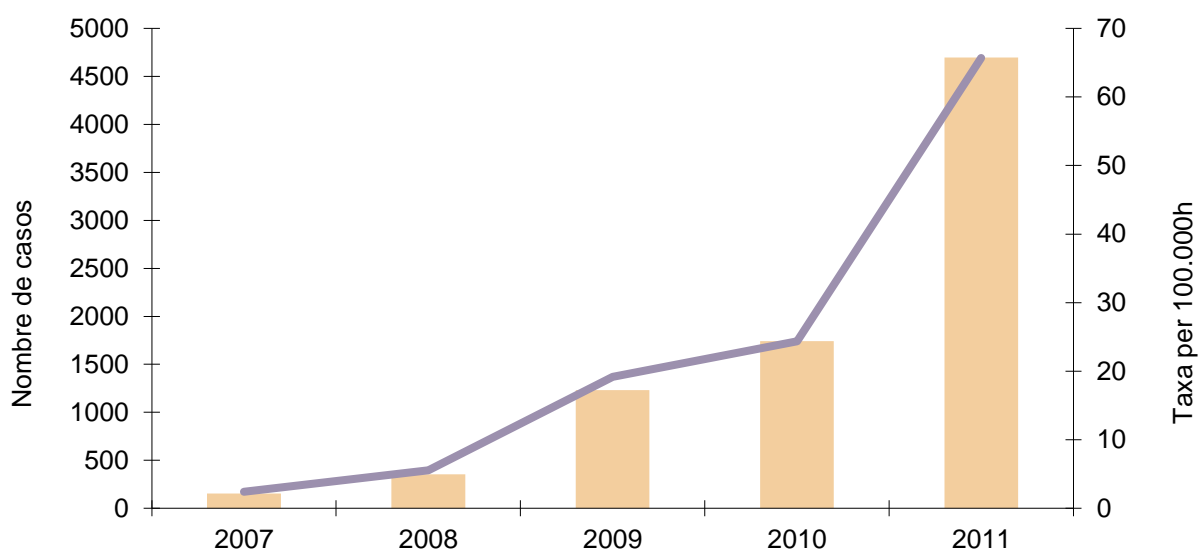


Figura 24. Evolució dels casos de condiloma acuminat.
Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.

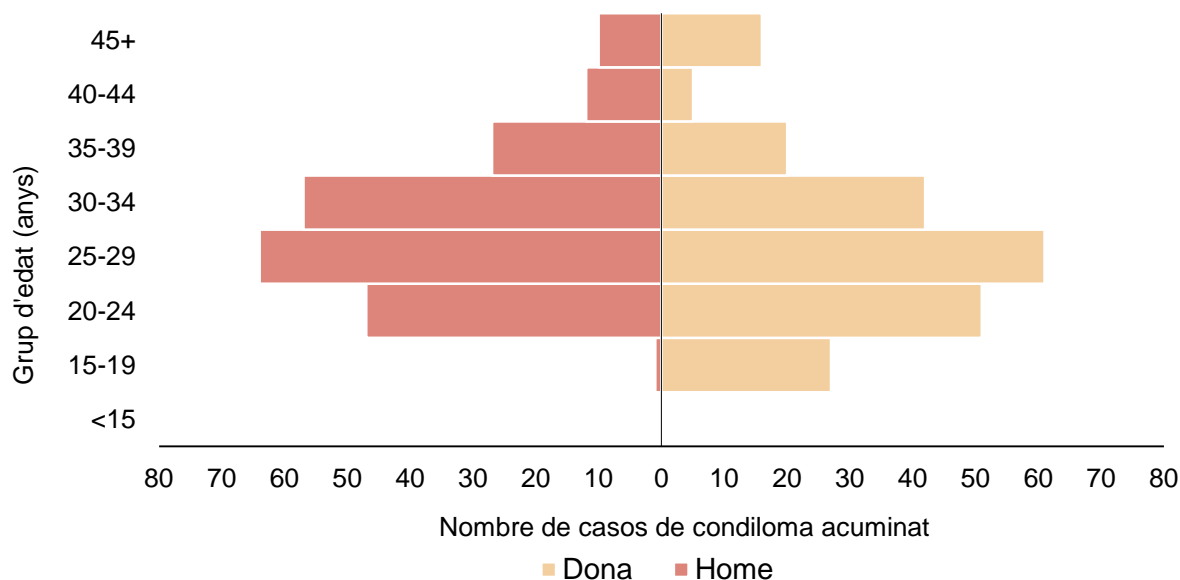
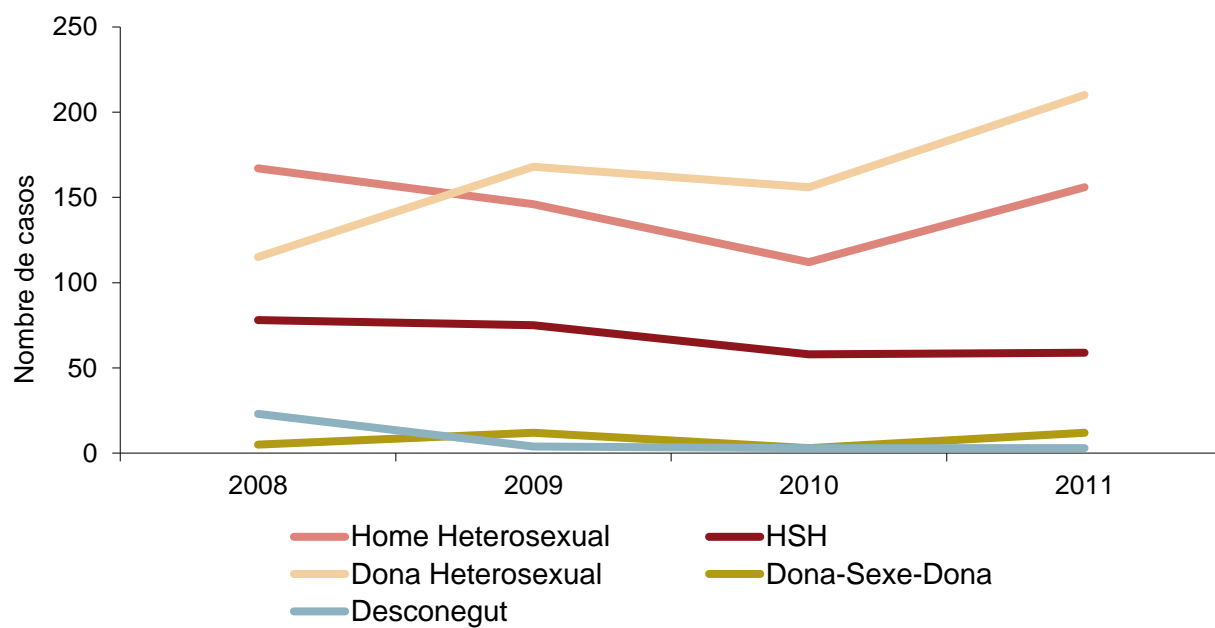


Figura 25. Evolució dels casos de condiloma acuminat segons orientació sexual.
RITS de Catalunya, 2008-2011.



Altres infeccions de transmissió sexual

7. Infecció per *Trichomonas vaginalis*

Missatge clau

- El 40% dels casos notificats d'infecció per *Trichomonas vaginalis* s'han presentat en dones majors de 40 anys.

Les infeccions de transmissió sexual

Com es pot prevenir la infecció per tricomones?

Llevat que els dos membres de la parella sapiguin que no estan infectats, per reduir el risc de contraure la infecció per tricomones i la majoria d'altres infeccions de transmissió sexual, cal:

- **Utilitzar el preservatiu** (masculí o femení) en les relacions sexuals (vaginals, anal, oral).

Infecció per Tricomones

Preguntes i respostes

Síndrome, VIH... pot estar indicat si s'ha diagnosticat o s'ha rebut tractament per tricomoni o per qualsevol altra infecció de transmissió sexual tot i que no se'n presentin símptomes. I, en qualsevol cas, si hi ha hagut risc d'haver-se infectat.

El professional sanitari us donarà les recomanacions específiques.

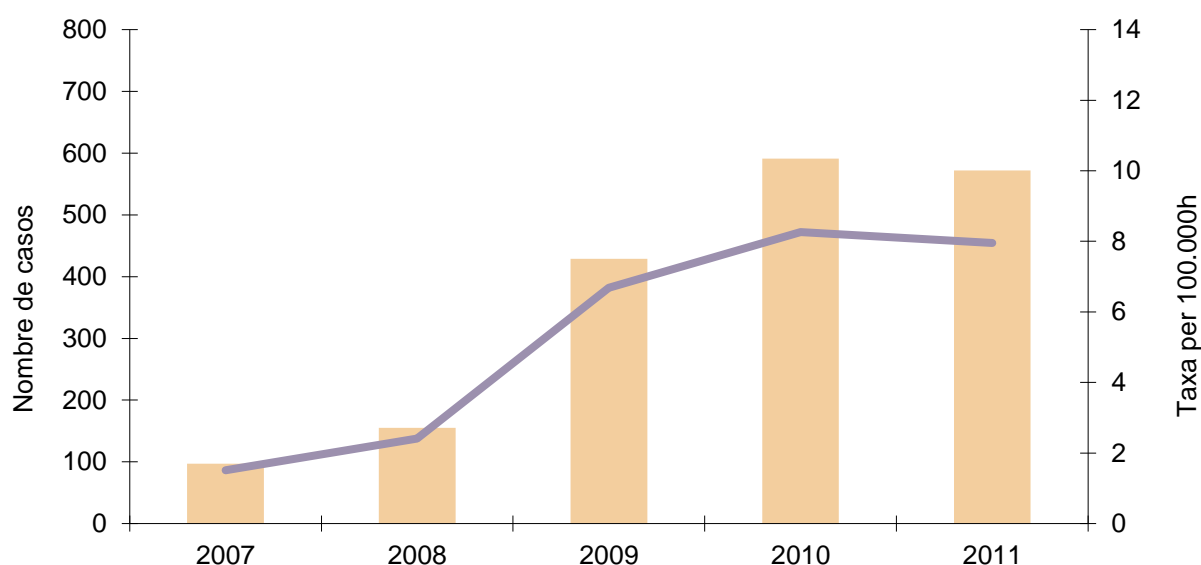
Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública
de Catalunya

Altres infeccions de transmissió sexual

7.1 Nous diagnòstics

Durant l'any 2011 s'han notificat 562 casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis*, el que representa una taxa de 7,8 casos per 100.000 habitants. En comparació amb el 2010, la taxa de tricomoniasis ha experimentat un descens del 4,9% (**figura 26**).

Figura 26. Evolució dels casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis*.
Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.



L'epidemiologia de la infecció per *Trichomonas vaginalis* es monitora mitjançant el RITS amb un total de 36 nous episodis durant l'any 2011. Tot i que aquestes notificacions representen una baixa proporció del que es notifica de manera numèrica (5%) ens aporta informació important respecte a l'epidemiologia d'aquesta infecció que d'altra manera desconixeríem.

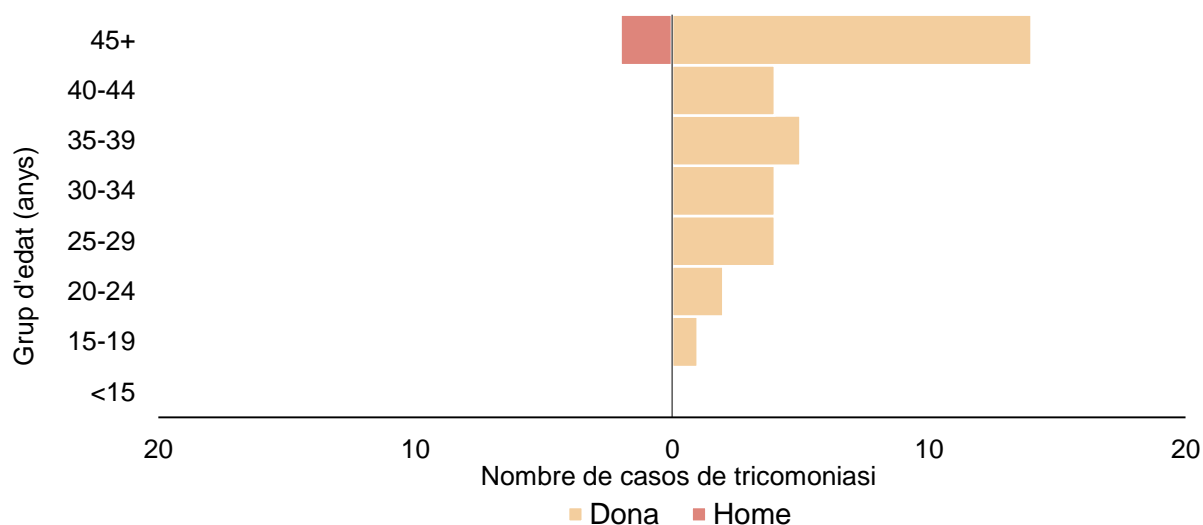
Dels 29 casos, el 94,9% són dones amb una ràtio home-dona de 1:20. La mitjana d'edat global és de 40 anys, afectant en la gran majoria a les dones adultes majors de 45 anys (**figura 27**).

El 40% (11) són estrangers, sobretot d'Amèrica Llatina i del Nord d'Àfrica.

La via de transmissió és quasi exclusivament heterosexual.

La coinfecció amb el VIH és del 5% i la morbiditat prèvia d'altra ITS al darrer any és del 15,4%. El tractament d'elecció va ser el tinidazole, seguit pel metronidazol i altres combinacions.

Figura 27. Distribució dels casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis* per sexe i grup d'edat. RITS de Catalunya, 2011.



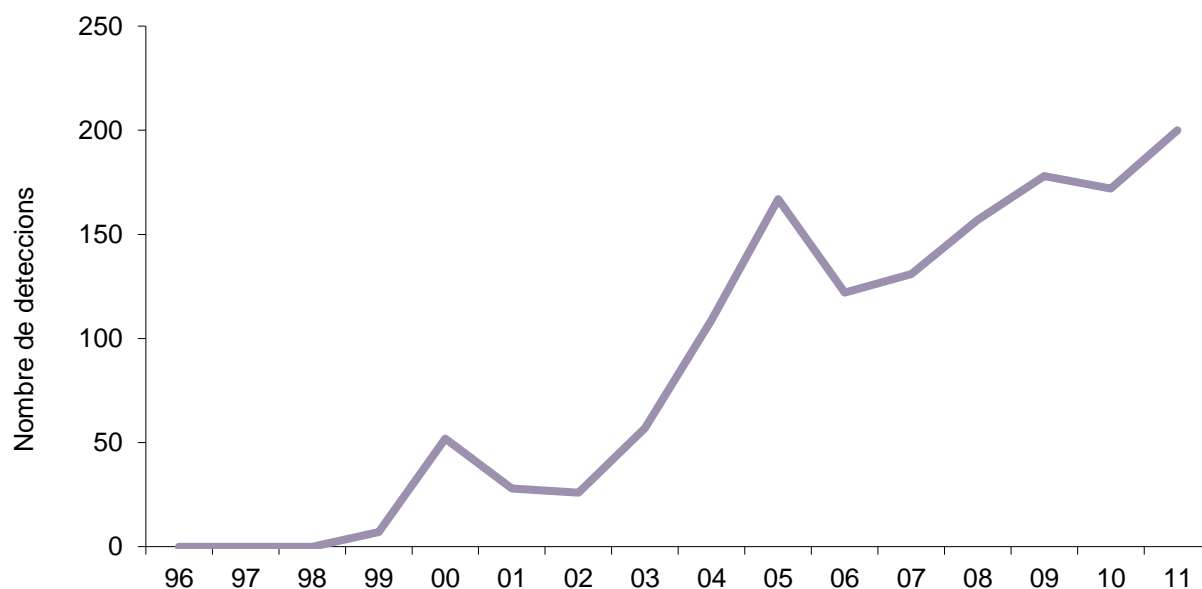
Pel que fa a les pràctiques de risc, aquestes varen ser molt baixes amb una mitjana d'1 parella sexual als darrers 12 mesos, excloent-ne les persones que exercien la prostitució. El 23,1% van declarar haver tingut una nova parella sexual els darrers 3 mesos i un 61,5% no havien utilitzat el preservatiu a la darrera relació sexual.

Pel que fa al control de la transmissió, els professionals varen iniciar alguna mena d'estudi de contactes en un 79% dels casos, els quals declaren una mitjana de zero contactes sexuals que es podria localitzar per part del pacient.

7.2 Declaració microbiològica

L'any 2011, s'han notificat 200 deteccions de *Trichomonas vaginalis* a l'SNMC. En comparació amb el 2010, el nombre de deteccions declarades ha experimentat un ascens del 16% (**figura 28**).

Figura 28. Evolució anual de les deteccions de *Trichomonas vaginalis* declarades a l'SNMC, 1996-2011.



The background features two large, thick, orange rings. One ring is positioned in the upper left quadrant, and the other is in the lower right quadrant, both partially visible as if they are larger circles of which only a portion is shown.

Monitoratge de les conductes associades al VIH/ITS

Monitoratge conductes

Monitoratge de les conductes associades al VIH/ITS

Missatges clau

- Donada l'elevada prevalença de conductes de risc de transmissió del VIH/ITS que presenten els HSH, caldria revisar i intensificar els programes de prevenció primària que es duen a terme en aquest col·lectiu.
- S'observa una elevada prevalença de relacions sexuals protegides entre les dones TS i els seus clients, en canvi l'ús del preservatiu amb les parelles estables es minoritari. Cal seguir promovent l'ús consistent del preservatiu en aquest grup, sense oblidar promoure eines que les capacitin per poder negociar amb èxit el seu ús.
- Cal desenvolupar intervencions específiques dirigides al col·lectiu de dones injectores donada l'elevada prevalença de relacions sexuals de risc que presenten, així com en el cas dels injectors immigrants que presenten certes característiques socials que poden incrementar la seva vulnerabilitat enfront al VIH/ITS.
- L'inici precoç de les relacions sexuals en els joves, juntament amb un ús elevat de l'anticoncepció d'emergència posa de manifest la importància d'emfatitzar l'ús del preservatiu com estratègia de prevenció del VIH/ITS.
- Donat que l'ús de drogues és un determinant de risc d'infecció per el VIH, l'elevada prevalença de consum en joves i en HSH reforcen la necessitat d'incorporar missatges educatius sobre els efectes de la combinació drogues-pràctiques sexuals als programes de prevenció del VIH/ITS que es duen a terme.
- Donat que les persones recentment diagnosticades de VIH presenten un índex de risc sexual i una prevalença d'ITS més elevat que les persones diagnosticades fa més d'un any, cal seguir mantenint les intervencions específiques per tal de disminuir les pràctiques de risc en aquest grup i disminuir la probabilitat de transmissió del VIH.

1. Homes que tenen relacions sexuals amb homes

L'edat mitjana dels HSH residents a Catalunya entrevistats online (projecte EMIS) al 2010 va ser de 33,5 anys, un 70,5% dels quals eren d'origen espanyol¹. El nivell educatiu dels entrevistats era elevat (60,8% havien assolit estudis universitaris o més) i la majoria es trobava ocupat (70,3%). Bona part dels HSH vivien en grans ciutats (68,4% vivien en una ciutat amb més de 500.000 habitants) i, majoritàriament, s'identificaven com a gais o homosexuals (82,1%). El 31% dels HSH declaraven tenir una parella estable masculina en el moment de l'enquesta (**taula 1**).

Taula 1 Característiques sociodemogràfiques dels HSH residents a Catalunya (2010)

	n	%
Edat		
<25 anys	610	20,7
25-39 anys	1.662	56,5
≥40 anys	670	22,8
Mitjana (DE)	33,5 (9,8)	
Origen		
Espanyol	2.064	70,5
Estranger	663	29,5
Nivell educatiu		
Primària o menys	235	8
Secundària	915	31,2
Universitari o més	1.779	60,8
Situació laboral		
Ocupat	2.061	70,3
Aturat	287	9,8
Estudiant	430	14,7
Jubilat	25	0,9
Altres situacions*	125	4,2
Lloc de residència		
Més de 500.000 hab.	1.946	68,4
100.000-499.999 hab.	328	11,5
Menys de 100.000 hab.	569	20
Identitat sexual		
Gai/homosexual	2.412	82,1
Bisexual	313	10,7
Altra	213	7,2
Relació de parella estable actual masculina		
	934	31,8

*inclou baixa laboral permanent i altres situacions no classificables

¹ No es presenten resultats de tendències donades les diferències en la metodologia de reclutament en relació als estudis de monitoratge conductual anteriors.

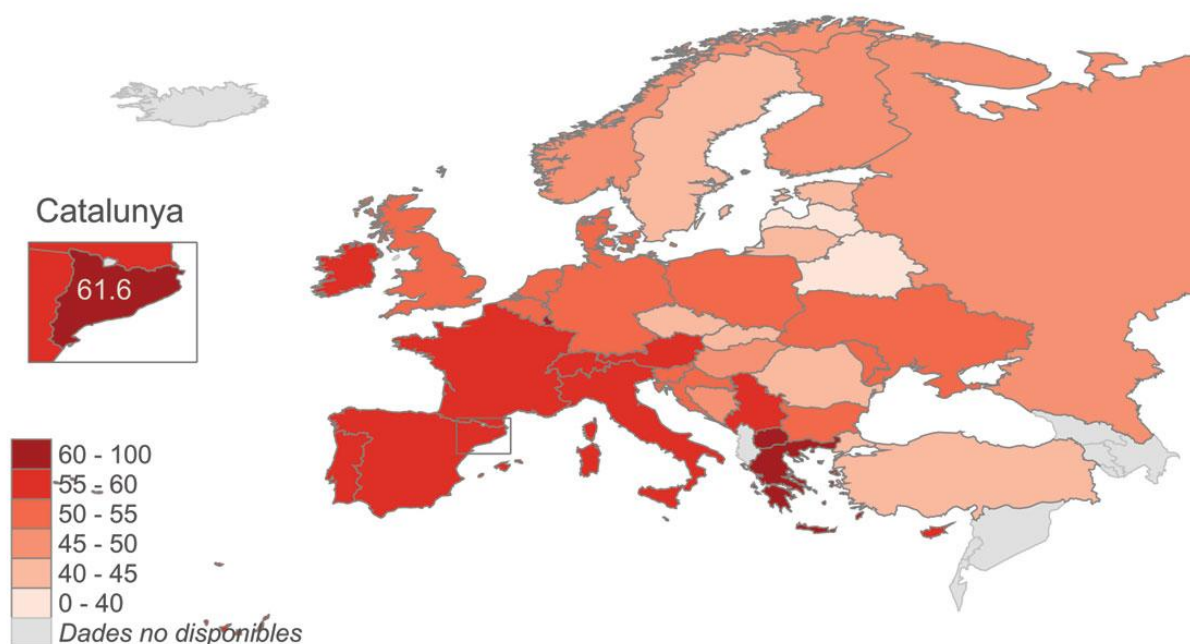
Monitoratge conductes

Un 61,6% dels HSH van utilitzar el preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració amb una parella masculina (indicador 1.12 del Global AIDS Report equivalent a l'antic UNGASS 19)², situant-se per davant del conjunt d'Espanya i de països com França i Alemanya, i darrera de Grècia o Macedònia (**figura 1**).

Segons edat, els HSH de 25 anys o més presentaven una proporció més elevada de parelles sexuals que el grup més jove (39,7% respecte el 26,3% amb 10 parelles o més, respectivament).

La penetració anal desprotegida amb una parella ocasional d'estat serològic discordant o desconegut no va mostrar diferències significatives entre els dos grups d'edat (20,2% vs 23,3%), mentre que amb la parella estable els més joves mostraven una freqüència més alta d'aquesta pràctica (13,1% vs 10,0%). Els homes de 25 anys o més havien pagat amb major freqüència per mantenir relacions sexuals (8,9% vs 1,7%, respectivament), mentre que entre els més joves era més freqüent haver rebut diners a canvi de tenir relacions sexuals (9,7% vs 3,4% respectivament) (**taula 2**).

Figura 1. Freqüència d'ús del preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració amb una parella masculina (últims 12 mesos). HSH (2010).



Font: EMIS, 2010

² United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting](#). Geneva: UNAIDS, 2011.

La prevalença d'ITS diagnosticades en els últims 12 mesos va ser més elevada en homes de 25 anys o més que en homes més joves (13,9 vs 9,7% respectivament), així com la prevalença del VIH autodeclarada (15,2% vs 2,9% respectivament). Respecte la proporció d'homes que s'havien realitzat la prova del VIH els últims 12 mesos i havien recollit els resultats va ser, també, lleugerament superior en homes de 25 anys o més (53,1% vs 47,4% respectivament) (**taula 2**).



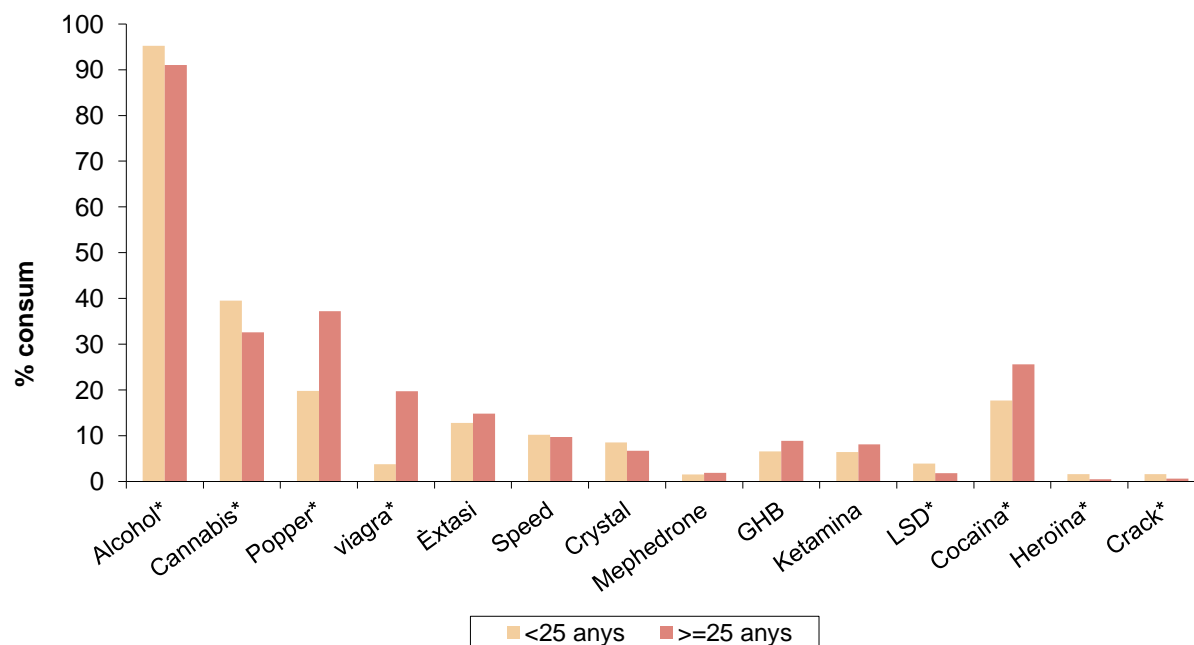
Els homes de 25 anys o més havien consumit més drogues en els darrers 12 mesos, si no es considera l'alcohol, respecte els homes més joves (59,8% vs 48,6% respectivament). Respecte les substàncies més consumides, els menors de 25 anys havien consumit més alcohol (95,2% vs 91,0%, respectivament) i havien fumats més cànnabis (39,5% vs 32,6%, respectivament). En canvi, el HSH de 25 anys o més havien consumit més *poppers* (37,2%) respecte els més joves (19,8%) i més cocaïna (25,6% vs 17,7%, respectivament). Destacar, també, la diferència d'ús de la Viagra® segons el grup d'edat (3,8% entre els menors de 25 anys i 19,7% en els més grans) (**figura 2**).

Taula 2. Consum d'alcohol i drogues per edat. HSH. Catalunya, 2010.

	<25 anys n=610		=>25 anys n=2.332		p
	n	%	n	%	
Nombre de parelles sexuals*					
Cap	79	13	205	8,9	<0,001
Menys de 10	368	60,7	1178	51,4	
10 o més	159	26,3	910	39,7	
Penetració anal desprotegida amb parella d'estat serològic discordant o desconegut* *					
Parella ocasional†	116	20,2	522	23,3	0,120
Parella estable††	75	13,1	227	10	0,036
Relacions comercials*					
Haber pagat per mantenir relacions sexuals	10	1,7	201	8,9	<0,001
Han cobrat per mantenir relacions sexuals	56	9,7	77	3,4	<0,001
Alguna ITS diagnosticada*					
	59	9,7	323	13,9	0,006
Prova del VIH					
Haver-se realitzat la prova i haver rebut els resultats (indicador UNGASS)*	286	47,4	1109	53,1	0,012
No haver realitzat mai la prova del VIH	225	37,1	296	12,8	<0,001
Prevalença autodeclarada del VIH**	11	2,9	307	15,2	<0,001

* últims 12 mesos; † entre els que han tingut relacions sexuals amb una parella ocasional (últims 12 mesos); †† entre els que han tingut relacions sexuals amb una parella estable (últims 12 mesos); ** entre els que s'han fet la prova del VIH alguna vegada.

Figura 2. Consum d'alcohol i drogues per edat. HSH. Catalunya, 2010.



* Diferències significatives

Monitoratge conductes

2. Dones treballadores del sexe

De les 400 dones TS entrevistades a Catalunya al 2009 (projecte HIVITS-TS), un 14% eren dones d'origen espanyol, un 19% africanes, un 26,3% llatinoamericanes i un 40,8% procedien de països de l'est d'Europa. L'edat mitjana de les participants va ser de 30,6 anys, sent les dones de l'est d'Europa les més joves (26,9 anys). Al igual que en anys anteriors, les dones espanyoles i africanes van ser les que van declarar el menor nivell educatiu (67,4% i 58,9% educació primària o inferior, respectivament). A diferència d'anys anteriors³, les noies africanes van ser les que presentaven la menor experiència en l'exercici del treball sexual (50,5% menys de 2 anys). En general, el nombre de clients per setmana va mostrar una disminució respecte els anys anteriors, sent les espanyoles les que presentaven el menor nombre (un 31% més de 10 clients). Excepte entre les dones africanes, la prevalença d'ús de drogues il·legals alguna vegada a la vida va mostrar una tendència creixent en els successius estudis, sent superior entre les espanyoles (69,6%), igual que la prevalença de consum de drogues injectades (15,2%) (**taula 3**).

Taula 3. Característiques sociodemogràfiques, del treball sexual, consum de drogues i ús de serveis sociosanitaris de les dones TS segons país d'origen (2005-2009)

	Espanya			Llatinoamèrica			Àfrica			Est Europa		
	2005	2007	2009	2005	2007	2009	2005	2007	2009	2005	2007	2009
Mitjana d'edat (DE)*	42,1 (11,7)	43,3 (10,5)	42,4 (10,0)	32,2 (8,2)	31,6 (7,8)	31,9 (8,1)	26,6 (6,3)	26,2 (4,2)	28,0 (7,1)	25,1 (6,4)	23,8 (4,8)	26,9 (6,2)
Nivell educatiu: Primària o inferior	69,8	77,8	67,4	39,3	33,3	48,4	59,2	63	58,9	42,7	49,7	45,8
Més de 2 anys com a TS	95,2	83,6	93	67,5	52,9	72,7	48	50	50,5	44	44,4	59,7
Més de 10 clients a la setmana	39,5	61,2	31	57	70,9	48,4	28,1	58,1	42,9	55,6	82,4	53,8
Ús de drogues il·legals (1)	37,2	48,2	69,6	31,7	32,4	50,8	8,7	6,7	9,2	26,2	24,5	35,5
Ús de drogues injectades (1)	9,3	12,5	15,2	0,8	1	0,8	-	-	-	0	0	2,5
Revisions ginecològiques	88,4	89,3	87	90,2	81,9	89,5	76	62,7	66	92,2	80,4	80,8
Alguna IVE a la vida	-	56,4	50	-	41,9	41,1	-	50,7	56,9	-	52,8	64,5
Test del VIH (1)	95,2	98,2	89,1	89,4	84,8	87,1	83,7	80,3	70,4	80	82,2	79,2
Ús de serveis sanitaris (2)	79,1	69,6	60,6	66,7	67,6	63,7	58,7	54,7	62	61,5	60,1	64,5
Ús de serveis socials (2)	55,8	66,1	63	35,8	45,7	48	45,6	43,4	67	29,5	29,4	38

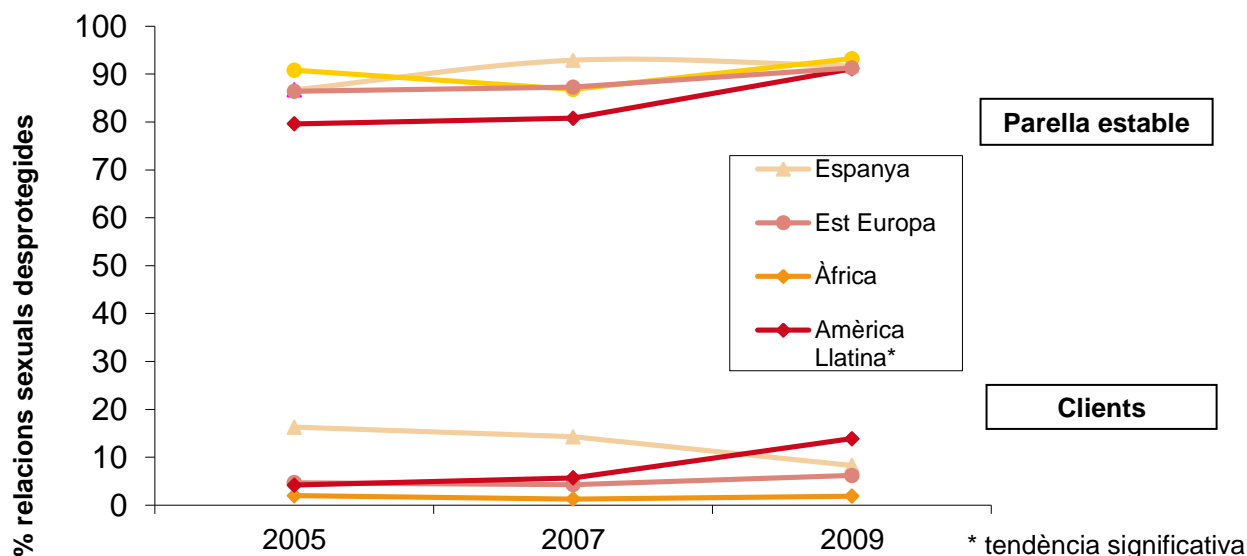
(1) alguna vegada; (2) últims 6 mesos

*en negreta si les diferències entre proporcions són estadísticament significatives.

Més del 90% de les noies va afirmar no haver usat “sempre” el preservatiu en les relacions sexuals amb la seva parella estable dels darrers 6 mesos. En canvi, la prevalença de relacions sexuals desprotegides amb els clients va ser del 8,3%, 6,2%, 1,9% i 13,9% entre les dones espanyoles, de l'est d'Europa, africanes i llatines, respectivament. En el cas de les noies llatinoamericanes, aquesta prevalença va mostrar una tendència creixent significativa durant el període 2005-2009 (**figura 3**).

³ Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J; HIVITS-TS.. [Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de VIH/infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña](#). Med Clin (Barc). 2009;132(10):385-8.

Figura 3. Evolució de la prevalença de relacions sexuals desprotegides amb parelles estables i clients segons país d'origen (6 mesos previs). Dones TS (2005-2009).



La majoria de les dones realitzava revisions ginecològiques com a mínim un cop l'any, sent les africanes les que menys (66%). La prevalença va ser superior entre les noies procedents d'Europa de l'Est, incrementant respecte l'any 2007 (52,8% i 64,5%, respectivament). Respecte a la realització de la prova del VIH, aquesta va disminuir en relació a les anteriors mesures, sent les diferències significatives en el cas de les dones africanes (de 83,7% a 70,4% al 2005 i 2009, respectivament). Les noies procedents d'Europa de l'est eren de nou les que menys accés presentaven als serveis socials (el 38% hi havia accedit en els darrers 6 mesos)⁴ (taula 3).

3. Usuaris de droga per via parenteral

Un total de 761 injectors reclutats en centres de reducció de danys de Catalunya es van entrevistar des d'octubre de 2010 a l'abril de 2011 (projecte REDAN). Segons lloc de procedència, 464 (61%) eren espanyols i la resta (39%) immigrants, principalment de Geòrgia (24,2%), Itàlia (18,2%) i Romania (12,5%). L'edat mitjana dels injectors va ser de 36,5 anys, sent els immigrants els més joves (33,6 anys). El percentatge d' homes va ser superior entre els immigrants (89,2%), així com el percentatge que va declarar tenir estudis universitaris (18,2%). La meitat dels entrevistats estava a l'atur i un 18,1% vivia al carrer, amb percentatges superiors entre els immigrants. La mitjana d'anys que feia que s'injectaven drogues entre els autòctons va ser de 17,4

⁴ Folch C, Lazar C, Ferrer L, Sanclemente C, Casabona J. Female sex workers and access to social and health services in Catalonia: Influence of region of origin and place of work. *AIDS Care*. 2012 Dec 7. [Epub ahead of print]

Monitoratge conductes

anys, en canvi la dels immigrants va ser inferior (10,6 anys). La droga injectada amb major freqüència en els darrers 6 mesos va ser l'heroïna en ambdós grups (52,0%), sent la freqüència d'injecció superior entre els immigrants (58,9% s'injectaven diàriament vs 39,4% dels autòctons) (**taula 4**).



Aproximadament la meitat dels injectors tenien relacions sexuals amb parelles estables (48,5%) i un 35,5% amb ocasionals, sense observar-se diferències segons país d'origen. El percentatge que va declarar tenir una parella estable també UDVP va ser del 20,7%, percentatge clarament superior entre les dones (46,6% vs. 15,1%). Del total d'entrevistats, el 5,3% va declarar haver tingut relacions sexuals a canvi de diners o drogues en els últims 6 mesos: 2,4% en homes i 18,9% en dones, $p < 0,001$ (**taula 4**).

La prevalença d'ús consistent del preservatiu dels darrers 6 mesos no va mostrar diferències significatives entre autòctons i immigrants. En general, un 27,5% el va usar sempre amb les parelles estables, un 65,5% amb les parelles ocasionals i un 82,5% amb els clients (**figura 4**).

Monitoratge conductes

Taula 4. Característiques sociodemogràfiques, consum de drogues i conducta sexual dels UDVP reclutats en centres de reducció de danys (2010-2011)

	Auctòcton N=464 %	Immigrant N=297 %	Total N=761 %	p
Edat mitjana (DE)	38,7 (7,0)	33,6 (7,6)	36,5 (7,6)	<0,0001
Homes	78,4	89,2	82,7	<0,0001
Nivell d'estudis				<0,0001
Primaris o inferior	28,3	16,2	23,6	
Secundaris/BUP/FP	70,4	65,6	68,5	
Universitaris	1,3	18,2	7,9	
Situació laboral (últims 6 mesos)				<0,0001
Treball remunerat	14,4	21,8	17,3	
Atur	42	63,3	50,3	
Jubilació o pensió	36	2	22,8	
Altres situació: presó, robatori, treball sexual, etc	7,6	12,9	9,6	
Sense sostre (últims 6 mesos)	13,8	24,9	18,1	<0,0001
En tractament actual per a la seva drogadoicció	63,8	38,7	54	<0,0001
Mitjana d'anys de consum injectat (DE)	17,4 (9,3)	10,6 (7,9)	14,8 (9,4)	<0,0001
Drogues injectades amb més freqüència (últims 6 mesos)				<0,0001
heroïna	52,5	51,2	52,0	
cocaïna	31,7	17,6	26,3	
speedball (heroïna + cocaïna) / altres	15,8	31,2	21,7	
Injecció de drogues diària (últims 6 mesos)	39,4	58,9	47,0	<0,0001
Relacions sexuals amb parella estable (últims 6 mesos)	46,8	51,2	48,5	ns
Parella estable UDVP (últims 6 mesos)	22,5	17,9	20,7	ns
Relacions sexuals amb parella ocasional (últims 6 mesos)	35,6	35,4	35,5	ns
Relacions sexuals amb clients (últims 6 mesos)	5,6	4,7	5,3	ns

ns: no significatiu

Respecte a les conductes de risc relacionades amb la injecció de drogues, la prevalença d'acceptar o passar xeringues en els últims 6 mesos va ser del 12,6% i 14,5%, respectivament, sense observar diferències segons país d'origen. Tampoc van ser diferents les prevalences de compartir a vegades material de forma indirecta, com la pràctica de donar o rebre droga dissolta en una altra xeringa, que sovint ja ha estat prèviament usada (pràctica anomenada front/back loading) (47,2%) i el compartir altres materials d'injecció com la cullera, el filtre o l'aigua per a preparar la dosi (48,9%) (**figura 5**).

Gairebé la majoria dels injectors s'havia realitzat la prova del VIH en alguna ocasió (97,4% entre els autòctons i 90,5% entre els immigrants, $p<0,05$). Entre aquests, la prevalença autodeclarada del VIH va ser del 36,3% i 14,7% en autòctons i immigrants, respectivament. La prevalença del VHC autodeclarada entre els que s'havien fet el test va ser del 75% en autòctons i 55,4% en immigrants ($p<0,05$).

Figura 4. Prevalença d'ús consistent del preservatiu segons tipus de parella sexual en UDVP (6 mesos previs).

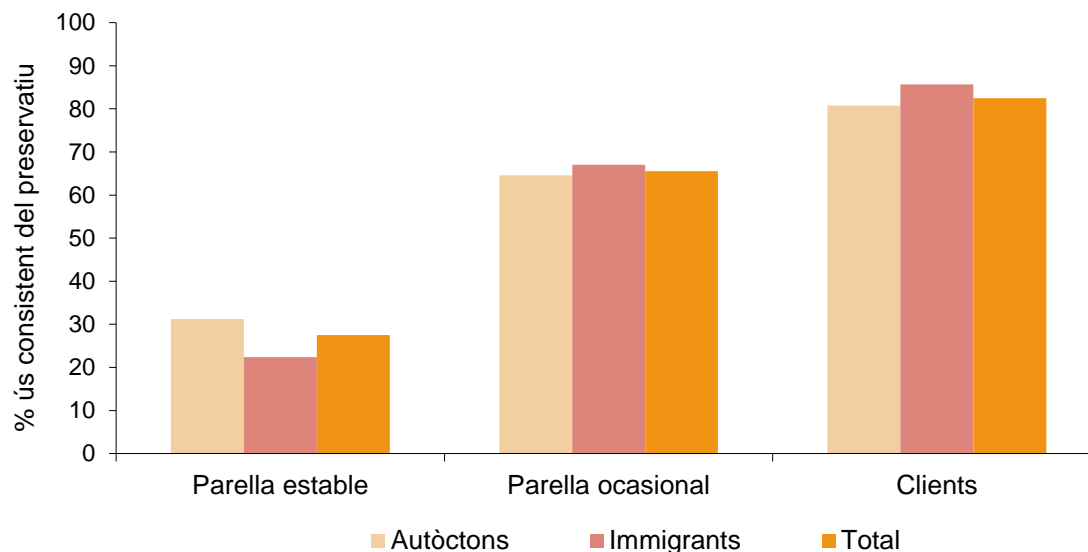
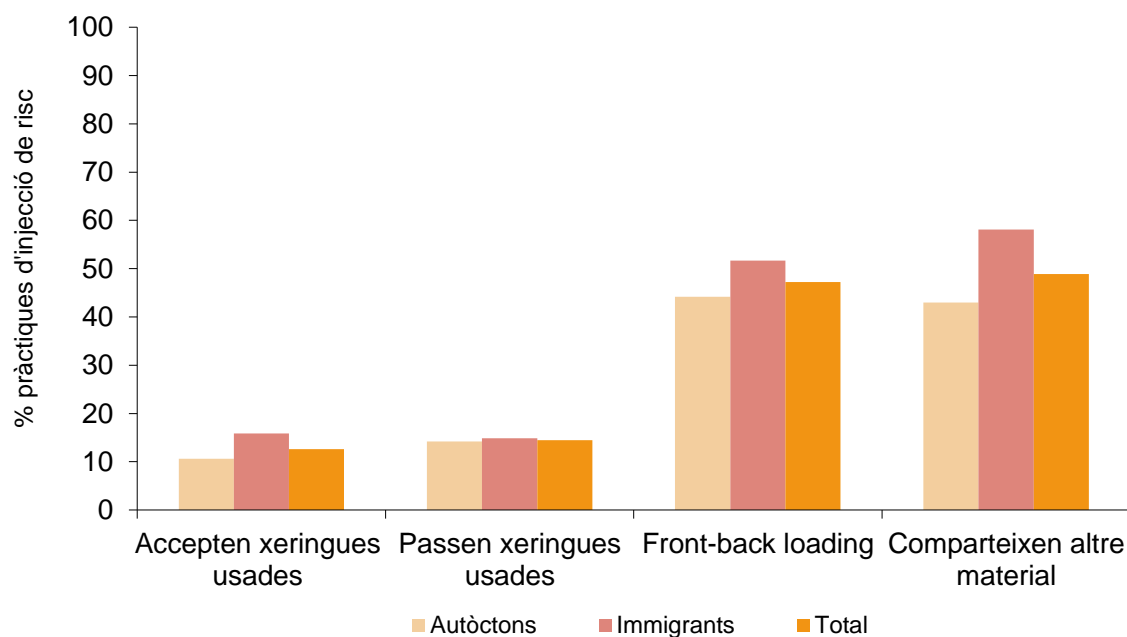


Figura 5. Prevalença de compartir material per a la injecció de drogues en UDVP (últims 6 mesos).



Les característiques sociodemogràfiques de la mostra d'injectors seleccionada el 2010-11 van ser molt similars a les del 2008-9. Entre els autòctons, la prevalença de compartir xeringues usades va ser inferior en la mesura de 2010-11. No hi van haver diferències en la resta d'indicadors de conducta de risc sexual i parenteral⁵⁶, ni en la prevalença autodeclarada del VIH i el VHC (**taula 5**).

⁵ Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Esteve A, Meroño M, Gonzalez V; REDAN Study Group. Sexually Transmitted Infections and Sexual Practices Among Injecting Drug Users Recruited in Harm Reduction Centers in Catalonia, Spain. *Eur Addict Res.* 2011;17:271-278.

⁶ Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Meroño M, Espelt A, González V; Grupo REDAN. Perfil de los usuarios de droga por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. *Gac Sanit.* 2012;26:37-44.

Taula 5. Comparació dels principals indicadors recollits en les entrevistes realitzades a UDVP autòctons i immigrants. Catalunya (2008-2009 i 2010-2011)

	Espanyols		Immigrants	
	2008-9	2010-11	2008-9	2010-11
Grandària mostra	439	464	309	297
Edat mitjana (DE)	38,5 (7,1)	38,7 (7,0)	33,4 (6,9)	33,6 (7,6)
Sexe: Homes	78,1	78,4	88	89,2
Sense sostre*	19,1	13,8	35,3	24,9
Injecció de drogues diària*	43,7	39,4	57,6	58,9
Ha compartit xeringues usades*	32,2	19,9	29,5	24,1
Ha compartit altre material d'injecció*	54,9	43	52,6	58,1
Ús inconsistent del preservatiu (parella estable)*	71,5	68,8	69,9	77,6
Ús inconsistent del preservatiu (parella ocasional)*	37,1	35,4	28,2	33
Relacions sexuals a canvi de diners i drogues*	8,5	5,6	5,8	4,7
Prevalença autodeclarada del VIH (1)	40	36,3	14,6	14,3
Prevalença autodeclarada del VHC (1)	78,3	74,6	67,3	56,1

"en negreta si les diferències entre proporcions són estadísticament significatives"

(1) entre els que s'han fet el test; *últims 6 mesos

4. Joves

Joves escolaritzats

Un total de 440 joves escolaritzats de secundària post-obligatòria de la zona de l'Alt Maresme van respondre un qüestionari sobre salut sexual i reproductiva. L'edat mitjana dels joves va ser de 17,3 anys (DE:1,06). Un 47,3% eren nois i la resta (52,7%) noies.

Un 58,7% dels nois i un 59,9% de les noies va afirmar haver tingut relacions sexuals alguna vegada a la vida. L'edat mitjana d'inici de les relacions sexuals va ser de 15,5 anys, i la majoria van usar preservatiu en la primera relació sexual (86,4%). La proporció de nois i noies que declaraven una orientació sexual homosexual va ser del 5,9% i 4,5%, respectivament (**taula 6**).

La mitjana de parelles heterosexuales a la vida dels nois va ser superior a la de les noies: 4,0 i 2,7, respectivament. Un 51,4% dels entrevistats va tenir relacions sexuals heterosexuales en els darrers 12 mesos, i entre aquests, un 68,4% van usar el preservatiu en la darrera relació sexual. Una major proporció de nois havia tingut relacions sexuals amb parelles ocasionals (40,4% vs. 26,9%), i l'ús inconsistent del preservatiu amb aquestes parelles no va mostrar diferències segons el sexe (41,4% del total). El consum d'alcohol i/o drogues en la darrera relació sexual heterosexual va ser del 30,7% en els nois i del 20,0% en les noies (**taula 6**).

Taula 6. Comportament sexual dels joves de secundària post-obligatòria majors de 16 anys segons sexe

	Nois N=208 %	Noies N=232 %	Total N=440 %	p
Relacions sexuals (alguna vegada)	58,7	59,9	59,3	0,788
Edat mitjana d'inici de les relacions sexuals (DE)	15,4 (1,2)	15,6 (1,4)	15,5 (1,3)	0,414
Ús del preservatiu en la primera relació sexual	87,3	85,6	86,4	0,699
Orientació sexual				0,581
Homosexual	5,9	4,5	5,1	
Bisexual	1,7	3,7	2,8	
Heterosexual	90,8	87,3	88,9	
Altres/qüestionant	1,7	4,5	3,2	
Mitjana de parelles heterosexuals (a la vida) (DE)	4,0 (5,5)	2,7 (2,9)	3,3 (4,3)	0,021
Alguna relació sexual heterosexual (últims 12 mesos)	49,5	53,1	51,4	0,405
Ús del preservatiu en la darrera relació heterosexual (últims 12 mesos)*	71,9	65,5	68,4	0,321
Alguna relació sexual heterosexual amb parella ocasional (últims 12 mesos)*	40,4	26,9	32,9	0,037
Ús inconsistent del preservatiu amb parella ocasional (últims 12 mesos)**	43,2	39,4	41,4	0,200
Consum d'alcohol/drogues en la darrera relació heterosexual (últims 12 mesos)*	30,7	20	24,6	0,080

ns: no significatiu; * entre els qui han tingut relacions sexuals en els últims 12 mesos

** entre els qui han tingut relacions sexuals ocasionals en els últims 12 mesos

Dels nois entrevistats, 7 van declarar haver tingut relacions homosexuals alguna vegada a la vida (3,4% del total), i tots 7 havien realitzat la penetració anal en els darrers 12 mesos. L'ús del preservatiu en la darrera relació sexual homosexual va ser del 57,1%.

Del total de 232 noies entrevistades, 3 van afirmar haver tingut alguna interrupció voluntària de l'embaràs a la vida (1,4%) i una quarta part de les noies (25,1%) havia fet ús de l'anticoncepció d'emergència en alguna ocasió.

Joves usuaris de centres ASSIR i Centre d'atenció al joves

L'any 2010 es van entrevistar un total de 730 joves visitats als centres ASSIR i centres d'atenció als joves (projecte CT/NG-ASSIR), dels quals el 94,8% eren dones. La mitjana d'edat va ser de 27 anys (DE:5,2), majoritàriament amb estudis secundaris i universitaris, 45,2% i 44%. Respecte el país d'origen, un 35% dels entrevistats procedien d'altres països, majoritàriament de Llatinoamèrica (67%). D'aquests, aproximadament més de la meitat feia més de 5 anys que residien a Catalunya (60,2%) (taula 7).

Taula 7. Característiques sociodemogràfiques i conductuals en joves usuaris d'ASSIR i centre d'atenció als joves, 2010

	n	%		n	%
Sexe			Tipus de parella		
Dona	691	94,8	Ocasional	88	12,3
Home	38	5,2	Estable	629	87,7
Origen			Convivència		
Espanyol	474	65	No convivència	327	53,7
Estranger	255	35	Convivència	282	46,3
Grup edat (anys)			Nova parella ≤3mesos		
Menor 25	291	39,9	Si	166	22,9
Major 25	438	60,1	No	559	77,1
Nivell d'estudis			Pràctiques sexuals		
Sense formació	6	0,9	Sexe vaginal	705	96,6
Primaris	69	9,9	Oral	570	78
Secundaris	315	45,2	Anal	185	25,3
Universitaris	306	44	Oroanal	84	11,5
Orientació sexual			Tipus droga		
Homo/Bisexual	35	4,8	Tabac	370	51
Heterosexual	692	95,2	Alcohol	358	49
Mitjana inici relacions sexuals			Cannabis	189	26,2
Anys	17	DE: 2,5	Disseny	23	3,2
Mitjana nº parelles	2	DE: 5,4	No Injectades	65	9
Ús del preservatiu	324	45	Injectades	6	0,8

La majoria dels enquestats definien la seva orientació sexual com a heterosexual (95,2%). L'edat mitjana d'inici de relacions sexuals es trobava al voltant dels 17 anys (DE:2,5) i la mitjana del nombre de parelles sexuals al darrer any va ser de 2 (DE: 5,4). La proporció de joves que van tenir relacions sexuals amb parelles estables va ser del 87,7% i amb parelles ocasionals del 12,3%. El 46,3% vivia en parella, un 22,9% va manifestar tenir una nova parella sexual en els últims 3 mesos i un 4,6 % va mantenir relacions sexuals amb persones diagnosticades amb una ITS (**taula 7**).

Les pràctiques sexuals més freqüents dels darrers 12 mesos van ser el sexe vaginal (96,6%) i el sexe oral (78%) (**taula 7**). Un 45% dels joves va usar el preservatiu a la darrera relació sexual, sent aquest ús menor amb les parelles ocasionals que amb la parella estable (36,4% i 58,4%, respectivament; $p<0,05$). Un 42% de les noies havia usat l'anticoncepció d'emergència, amb una mitjana d'ús d'1,3 vegades el darrer any. L'ús va ser superior en les dones menors de 25 anys (58% vs 32%; $p<0,05$). Un 12% va declarar haver tingut una ITS el darrer any, sent els condilomes (3,8) i el virus del papil·loma humà (2,7%) les ITS més freqüents. Sis dones majors de 25 anys van autodeclarar ser VIH-positives.

Monitoratge conductes

En el transcurs de l'estudi, 87 dones estaven embarassades amb un temps de gestació mitjà de 23 setmanes, 3 d'elles van resultar ser clamídia positives. Un 18% de les dones va declarar haver tingut una interrupció voluntària de l'embaràs el darrer any, significativament superior en les majors de 25 anys.

El 68% dels joves va manifestar haver consumit drogues el darrer any, destacant l'alcohol (49%) i el cànnabis (26,2%). Altres drogues com la cocaïna, l'heroïna o les amfetamines es consumien en menor proporció (rangs del 8 a l'1%) (**taula 7**).

A un total de 250 dones menors de 25 anys se'ls va realitzar un estudi de parelles sexuals dels darrers 3 mesos per estimar la prevalença de clamídia en les seves parelles. Finalment, es van analitzar un total de 105 parelles de sexe masculí, obtenint una taxa de resposta del 44%, comparable amb estudis previs realitzats en altres països⁷. La mitjana d'edat d'aquests va ser de 24 anys (DE: 4,3) i majoritàriament eren espanyols (81%). La prevalença de clamídia obtinguda en els nois va ser del 4,8%, mentre que per a les 250 noies va ser del 6,2%, amb una concordança d'infecció entre parelles del 33%.

Joves interns en centres penitenciaris

La mitjana d'edat dels 359 joves interns en centres penitenciaris de caire preventiu entrevistats l'any 2011 (projecte CT/NG- PRESONS) va ser de 21 anys (DE: 2). Un 39,8% dels joves havia cursat estudis primaris i un 34,3% van manifestar no tenir cap tipus de formació. Respecte al país d'origen, un 73% dels entrevistats procedien d'altres països, majoritàriament de Llatinoamèrica (51%) i del nord d'Àfrica (33,4%) (**taula 8**).

El temps d'estada mitjà a la presó va ser de 1,3 anys (DE:1,2) i el delictes més amb major proporció va ser el robatori (66%). D'entre els estrangers, el temps mitjà de llibertat des de la seva arribada a Espanya va ser de 4,7 anys (DE:0,5).

La majoria dels enquestats definien la seva orientació sexual com a heterosexual (96,1%) i l'edat mitjana d'inici de relacions sexuals es trobava al voltant dels 14 anys (DE:9,3). La mitjana del nombre de parelles sexuals al darrer any va ser de 3,6 (DE:5) i la del nombre de parelles des de l'ingrés a presó va ser de 1 (DE:1,4). El 70,2% afirmaven que la seva parella actual era estable. Un 18,9% va manifestar tenir una nova parella sexual als darrers 3 mesos. Les pràctiques sexuals més freqüents dels darrers 12 mesos van ser el sexe vaginal (98,3%) seguit de relacions orals (77,4%) i anals (49,9%). El mètode anticonceptiu habitual més utilitzat va ser el preservatiu

⁷ Nelson HD, Saha S, Helfand M. Screening for Chlamydial Infection. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2001 Apr. (Systematic Evidence Reviews, No. 3.)

Monitoratge conductes

(40,7%), seguit de les pastilles anticonceptives en un 17%. Un 37,3% va manifestar no haver utilitzat cap mètode anticonceptiu (**taula 8**).

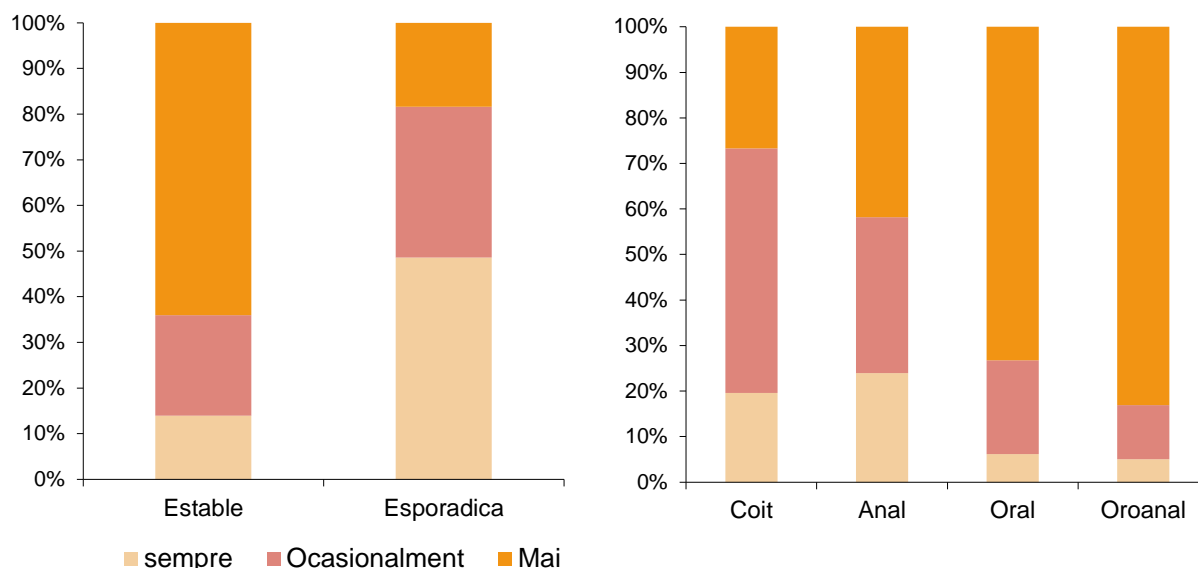
Respecte l'ús del preservatiu a la darrera relació sexual, el 70% no va utilitzar-lo en aquesta relació i en un 68% dels casos aquesta relació va ser amb la parella estable. L'ús més freqüent del preservatiu va ser amb la parella esporàdica, amb un 43,5% de joves que l'havien usat sempre amb aquestes parelles. En canvi, l'ús va ser menor amb la parella estable (un 13,6% l'utilitzaven sempre i un 62,4% mai).

Taula 8. Característiques sociodemogràfiques i conductuals en joves interns en centres penitenciaris, 2010

	n	%		n	%
Sexe			Pràctiques sexuals		
Dona	41	11,4	Sexe vaginal	353	98,3
Home	318	88,6	Oral	278	77,4
Origen			Anal	179	49,9
Autòcton	97	27	Oroanal	49	13,6
Estranger	262	73	Anticonceptiu habitual		
Orientació sexual			Preservatiu	146	40,7
Homo/Bisexual	13	3,6	Hormonals	61	17
Heterosexual	345	96,1	Píndola dia	8	2,2
Nivell d'estudis			Diafragma	2	0,6
Sense formació	123	34,3	DIU	8	2,2
Primaris	143	39,8	Cap	134	37,3
Secundaris	89	24,8	Sexe per diners i/o drogues		
Universitaris	4	1,1		40	11,1
Tipus de parella			Client prostitució		
Única	252	70,2		172	47,9
Concurrent	93	25,9	Relacions sexuals a:		
Nova parella ≤3mesos			Saunes	44	12,3
Si	68	18,9	Discoteques/bars	165	46
No	290	80,8	Clubs d'intercanvi	17	4,7
Mitjana inici relacions sexuals			Vis a Vis	179	49,9
Anys	14	DE: 9,3	Tipus droga		
Mitjana nº parelles			Tabac	303	84,4
	3,6	DE: 5	Alcohol	208	57,9
ITS al moment de l'estudi			Cannabis	250	69,6
Gonococ	1	0,3	Amfetamines	27	7,5
Clamidia	39	10,9	Heroïna	19	5,3
VIH	2	0,6	Crack	21	5,8
ITS prèvia			Cocaïna	108	30,1
	21	5,9	LSD	17	4,7
			Metadona	9	2,5

La freqüència d'ús del preservatiu va ser similar amb pràctiques de sexe vaginal i anal (el 19,4% i 23,5% el va usar "sempre", respectivament), mentre que va ser inferior en pràctiques de sexe oral (**figura 6**).

Figura 6. Freqüència d'ús del preservatiu segons tipus de parella i segons pràctica sexual en joves interns en centres penitenciaris.

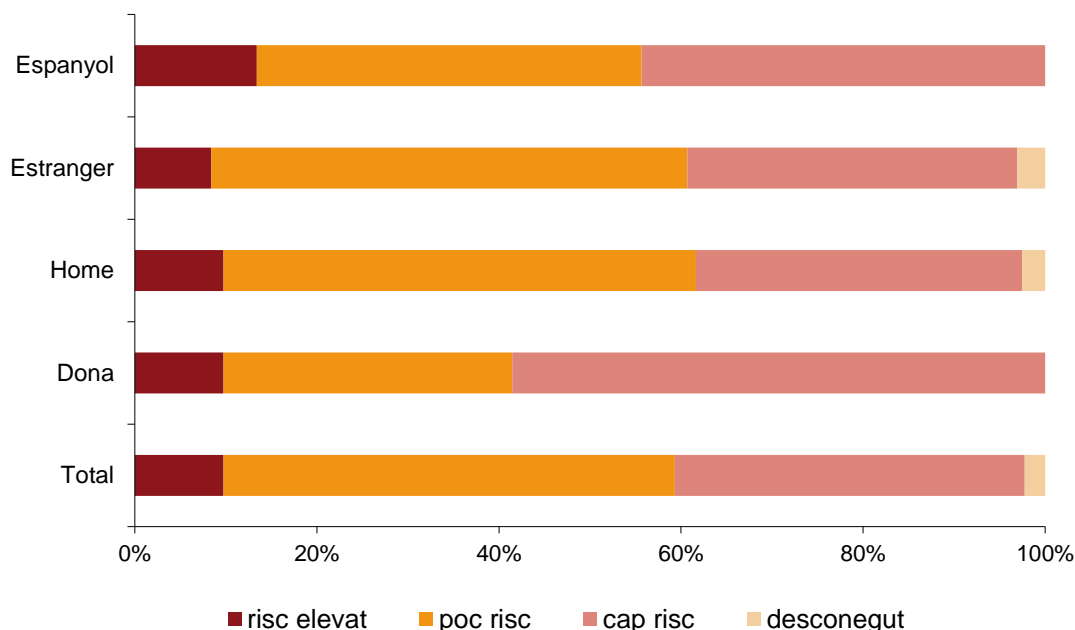


La meitat dels enquestats va tenir almenys 1 vis a vis durant la seva estada a la presó. Respecte altres llocs de trobades sexuals al darrer any, un 50% va manifestar pràctiques sexuals sobretot en discoteques i bars (46%) i en menor proporció en saunes o clubs d'intercanvi (12,3% i 4,7% respectivament). Un 47,9% va ser client de prostitució i un 11,1% va tenir relacions sexuals a canvi de diners i/o drogues (**taula 8**).

La majoria dels enquestats havien consumit drogues, legalitzades o no, en els darrers 12 mesos (**taula 8**). D'entre les drogues legalitzades, el consum de tabac era majoritari (84,4%) i d'entre les no legalitzades, el major consum va ser de cànnabis (69,6%), seguit de la cocaïna (30,1%). El 70% dels enquestats va manifestar haver tingut relacions sexuals després del consum d'alguna d'aquestes substàncies. Un 6% dels joves havia estat diagnosticat prèviament amb alguna ITS, destacant gonocòccia, virus del papil·loma humà i sífilis. Observem que 4 dones estaven embarassades al moment de l'estudi, cap presentava infecció per alguna ITS.

Respecte a la percepció dels participants en quan a les seves relacions sexuals i les ITS, un 81% va manifestar conèixer què són les ITS, i un 27% deien que les seves relacions sexuals no eren segures. Pel que fa a la percepció de risc davant aquestes relacions sexuals, la majoria manifestaven tenir poc o cap risc front aquestes relacions i la probabilitat de contraure una ITS. No hi havia diferències en aquestes variables segons sexe ni origen (**figura 7**).

Figura 7. Percepció de risc per contraure una ITS en joves interns en centres penitenciaris.



5. Persones VIH-positives

Un total de 584 persones VIH-positives es van reclutar a Catalunya entre 2009 i 2011 amb l'objectiu de trobar diferències en les conductes de risc entre persones recentment diagnosticades amb VIH (nous) i persones amb almenys un any des del seu diagnòstic (antics) (Projecte PISCIS). L'edat mitjana dels antics diagnòstics va ser de 44,5 anys, i 35,7 anys en els nous diagnòstics ($p < 0,001$). La distribució per sexes en els dos grups va ser similar, representant els homes un 77,3% dels antics i un 85,5% dels nous ($p = 0,06$). Un 37% del total provenien de l'estranger, essent el percentatge entre els nous del 48% i entre els antics del 29% ($p < 0,001$). La regió més representada entre els immigrants en ambdós grups va ser la d'Amèrica Llatina, seguit d'Europa Occidental i Àfrica Subsahariana. El nivell educatiu va ser més alt entre els nous diagnòstics, amb un 82% que declaraven educació secundària o superior en comparació amb el 66,8% dels antics ($p < 0,001$).

La distribució dels grup de transmissió va ser diferent entre els dos grups, sent els HSH el grup més representat entre els nous diagnòstics i els UDVP entre els antics ($p < 0,001$) (**taula 9**).

Un 30% dels nous diagnòstics van reportar haver tingut alguna ITS en els 12 últims mesos comparat amb el 10,7% dels antics ($p < 0,001$). Les ITS més reportades entre els nous van ser la sífilis (13,40%) i les berrugues genitals (7,22%), mentre que en els antics van ser la sífilis (3,19%), la gonorrea (3,19%) i les berrugues genitals (3,19%) (**taula 10**).

Taula 9. Característiques sociodemogràfiques, grup de transmissió i ITS en pacients amb diagnòstic nou i antic del VIH reclutats en el projecte PISCIS-Conductes.

	Antics diagnòstics		Nous diagnòstics		Total	
	N=347	(%)	N=229	(%)	N=576	p
Sexe						
Home	262	77,3	177	85,5	439	0,059
Dona	70	20,6	28	13,5	98	
Trans	7	2,1	2	1	9	
Edat						
<30	20	25,6	58	74,4	78	<0,001
30-49	90	52	83	48	173	
40-49	142	76,3	44	23,7	186	
50+	86	82,7	18	17,3	104	
Nivell d'estudis						
Primaris o inferior	112	33,2	37	18	149	<0,001
Secundaris o superiors	225	66,8	169	82	394	
Grup de transmissió						
UDVP	64	18,9	2	1	66	<0,001
HSH	152	45	125	60,4	277	
Heterosexual	104	30,8	67	32,4	171	
Altres	2	0,6	1	0,5	3	
Migració						
Migrant	97	29	99	48,5	196	<0,001

* Números i percentatges per a aquells amb informació disponible

El consum de drogues i alcohol va ser lleugerament diferent entre els nous diagnòstics i els antics, amb un consum més gran en els últims 12 mesos de *poppers* (19,4% vs 11,1%, respectivament) i cocaïna (19,4% vs. 8,1%, respectivament) en pacients nous en relació als antics, així com un consum major d'hormones (25,6% vs 15,3%, respectivament) i Viagra® (11,6% vs 8,2%, respectivament), encara que aquestes diferències no van ser significatives (**taula 10**).

L'edat mitjana de primera penetració sexual no va ser diferent entre nous i antics diagnòstics (17 anys en ambdós), ni entre homes i dones (17 anys en ambdós), però sí entre HSH i homes heterossexuals (17 i 16 anys, respectivament $p < 0,001$). No es van trobar diferències en el nombre de parelles sexuals ocasionals en nous i antics diagnòstics, però els HSH van tenir un mitjana de 10 parelles ocasionals comparat amb 3 en heterossexuals.

Monitoratge conductes

Taula 10. Característiques de risc conductual i ITS reportades en els darrers 12 mesos en pacients amb diagnòstic nou i antic del VIH reclutats en el projecte PISCIS-Conductes

	Antics diagnòstics		Nous diagnòstics		Total	
	N=347	(%)	N=229	(%)	N=576	p
ITS						
ITS reportades en els darrers 12 mesos	36	10,7	62	30	98	<0,001
Drogues						
Marihuana	37	21,5	19	19,4	56	0,036
Cocaïna	14	8,1	19	19,4	33	
Heroïna	1	0,6	0	-	1	
Metadona	6	3,5	0	-	6	
Amfetamines	1	0,6	1	1	2	
Èxtasis	3	1,7	4	4,1	7	
Popper	19	11,1	19	19,4	38	
Viagra	20	11,6	8	8,2	28	
Hormones	44	25,6	15	15,3	59	
Benzodiazepines	10	5,8	7	7,1	17	
Altres	12	7	3	3,1	15	
Drogues injectades	5	2,9	3	3,1	8	
Ús de preservatiu amb:						
Parella ocasional	113	91,1	79	66,9	192	<0,001
Parella estable	133	70,7	40	29,2	173	<0,001
Raons pel NO ús del preservatiu						
Si he consumit droga o alcohol	9	4,8	32	17,6	41	<0,001
Si estic excitat	15	8,1	25	13,7	40	0,081
Si no en tinc	11	5,9	34	18,7	45	<0,001
No m'agraden	25	13,4	22	12,1	47	0,697
Si la parella no vol	20	10,8	21	11,5	41	0,811
Amb parella ocasional	2	1,1	17	9,3	19	<0,001
Amb parella estable	46	24,7	123	67,6	169	<0,001
Per sexe oral	158	84,9	134	74	292	0,010

* Números i percentatges per a aquells amb informació disponible

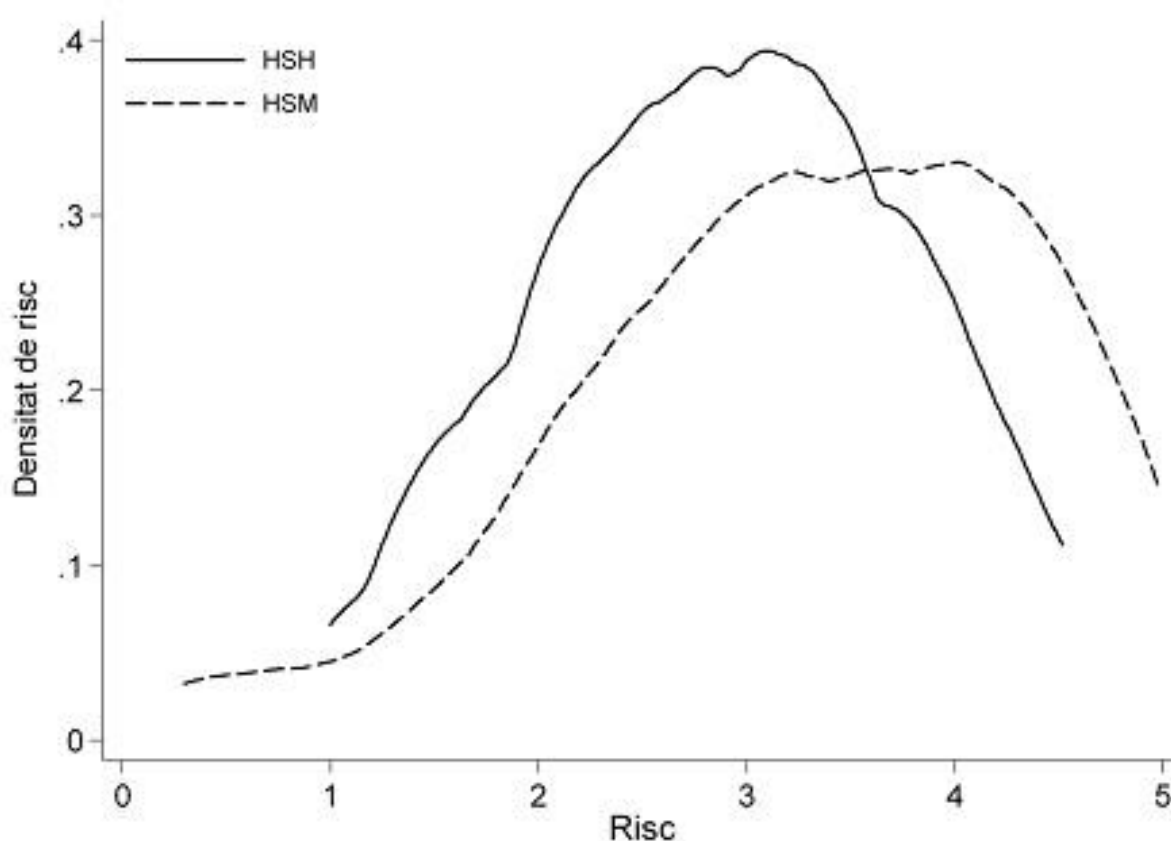
L'ús del preservatiu en l'últim acte sexual amb penetració amb una parella ocasional va ser significativament diferent entre persones amb nou i antic diagnòstic del VIH, sent del 91% en antics i 67% en nous ($p<0,001$). En antics, no hi va haver diferències en l'ús del preservatiu en HSH i heterosexuals (79,9% i 17,9%, respectivament), però en nous diagnòstics l'ús va ser menor entre les persones heterosexuals que en HSH (76% en HSH i 41% en heterosexuals). Respecte les relacions sexuals amb penetració amb la parella estable, es va observar un ús menor del preservatiu comparat amb la parella ocasional, i l'ús en l'últim acte sexual amb penetració amb una parella estable va ser menor en nous envers antics diagnòstics (29,2% en nous i 70,7 % en antics). No es van trobar diferències quant a grup de transmissió (**taula 10**).

Monitoratge conductes

Les raons donades pel no ús del preservatiu van presentar diferències entre els nous i antics diagnòstics. En ambdós grups, les raons més comunes per al no ús del preservatiu van ser per sexe oral i amb parella estable, però el no ús amb parella estable va ser proporcionalment menor en antics diagnòstics comparat amb nous (24,7% vs 67,6%, respectivament). Una major proporció de pacients nous va afirmar no fer servir preservatiu amb parella ocasional, després del consum de substàncies, si estava excitat o si no en tenia en el moment. No es van trobar diferències en la proporció d'antics o nous que van dir que no els agradaven els preservatius o que no l'utilitzaven quan la parella no volia (**taula 10**).

S'ha resumit el conjunt de conductes de risc mitjançant la creació d'un índex de risc sexual relatiu [[vincle a mètodes](#)] que té en compte el tipus d'acte sexual, sexe d'inserció o receptiu, nombre de parelles i la probabilitat de transmissió per acte. L'índex de risc de conducta sexual va ser significativament més alt en pacients nous comparat amb els antics i en HSH comparat amb homes heterosexuals (**figura 8**).

Figura 8: Índex de risc sexual entre HSH i heterosexuals amb nou diagnòstic de VIH.





Indicators

Indicadors disponibles a partir del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES) i altres indicadors de Salut Sexual i Reproductiva (SSR)

El seguiment sistemàtic d'indicadors normalitzats és una dimensió important del sistema de monitoratge i avaluació de la infecció del VIH, tal i com queda reflectit en les declaracions i documents consensuats internacionalment, i permeten avaluar l'eficàcia de la resposta a l'epidèmia en el nostre context i comparar la situació al llarg del temps i amb d'altres contextos, nacional i internacional (1-4).

Els criteris que han de complir els indicadors de monitoratge i avaluació són: la pertinència segons els programes establerts, la possibilitat d'obtenir-los, ser d'interpretació fàcil i tenir la capacitat de detectar canvis.

Els indicadors que es presenten en l'actual informe, per l'àmbit geogràfic de Catalunya, es construeixen a partir de les dades que generen el conjunt de sistemes de declaració obligatòria i estudis observacionals que constitueixen el SIVES i altres fonts d'informació com els estudis observacionals:

- Registre d'MDO
- RITS
- Estudis en poblacions sentinella
- Monitoratge conductual
- HIVLABCAT
- HIVDEVO
- AERI
- *Spectrum Projection Package*
- Cohort PISCIS
- Cohort ITACA
- Registre de TV
- Registre NONOPEP

Al final del capítol s'han referenciat les fonts externes utilitzades en la construcció dels indicadors.

El SIVES 2012 inclou un conjunt d'indicadors homogenis que s'han considerat rellevants des del CEEISCAT per fer un diagnòstic de situació del VIH/ITS i SIDA a Catalunya. Aquest grup d'indicadors dona resposta a les demandes que ens arriben des de diversos organismes i plans (Pla d'Acció, Pla de Salut i Pla de Govern del Departament de Salut) i permeten acomplir els acords nacionals (Pla Nacional Estratègic de la Sida) i internacionals a què ja hem fet referència a l'inici (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), UNGASS/GARP (Global AIDS Response Progress)).

Indicadors

La graella presentada inclou els indicadors organitzats de la següent manera:

- Mortalitat pel VIH/SIDA
- Morbiditat pel VIH/ITS
- Determinants conductuals de la infecció
- Resposta:
 - Diagnòstic
 - Tractament
 - Serveis
- Altres indicadors de salut sexual i reproductiva
- Indicadors complementaris

La informació de cada indicador recollit inclou els següents camps:

Font
Periodicitat
Darrera actualització (any)
Desagregació
Valor de l'indicador (la xifra)

Per la seva rellevància a escala internacional, s'han ressaltat dins de la taula els indicadors GARP (2) contemplats a la Declaració de Dublín sobre cooperació per lluitar contra el VIH/Sida a Europa y Àsia Central i el conjunt d'indicadors principals proposats per l'ECDC (3).

MORTALITAT PEL VIH/SIDA					
Indicador	Font principal (font secundària)	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador
Nombre de morts anuals a causa de la sida	Registre d'MDO de Catalunya (Registre de mortalitat de Catalunya) (4)	Anual	2008	Global	157
				Sexe	Home Dona 120 37
Taxa de mortalitat específica per sida (per 100.000 habitants)	Registre d'MDO de Catalunya (Registre de mortalitat i Idescat) (4,5)	Anual	2008	Global	2,2
				Sexe	Home Dona 3,4 1,0
Taxa de mortalitat en pacients diagnosticats de sida (per 1.000 persones-any)	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2011	Global	27,3
				Sexe	Home Dona 28,5 23,1
				Grup de població	UDVP HSH 34,0 17,9
					Home Heterosexual Dona Heterosexual 29,2 14,2
					Altres 36,5
Percentatge de casos de sida que sobreviuen als 18 mesos	Registre d'MDO de Catalunya (fonts secundàries: Registre de mortalitat i Idescat) (4,5)	Anual	2008	Global	62,2
				Sexe	Home Dona 61,5 65,3
				Grup de població	UDVP HSH 62,9 59,0
					Heterosexual Altres 66,1 56,7
	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2011	Global	90,0
Mitjana d'anys potencials de vida perduts a causa de la sida en població d'1 a 70 anys	Registre d'MDO de Catalunya (fonts secundàries: Registre de mortalitat i Idescat) (4,5)	Anual	2009	Global	25,35
Percentatge de persones amb sida que viuen més de 10 anys	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2011	Global	25,0

Percentatge letalitat per VIH del total de casos VIH a l'any	Registre d'MDO de Catalunya (font secundària: Registre de mortalitat) (4)	Anual	2008	Global	2,7	
Taxa de mortalitat específica pel VIH (per 100.000 habitants)	Registre d'MDO de Catalunya (fonts secundàries: Registre de mortalitat i Idescat) (5,4)	Anual	2008	Global	1,0	
				Sexe	Home Dona	1,8 0,3
Taxa de mortalitat en pacients infectats pel VIH per 1.000 persones-any	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2011	Global	17,3	
				Sexe	Home Dona	18,7 12,9
				Grup de població	UDVP	29,1
					HSH	7,0
					Home Heterosexual	21,0
					Dona Heterosexual	7,2
					Altres	22,2

MORBIDITAT VIH-SIDA					
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador
Nombre anual de nous casos de sida	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	107
				Sexe	Home 89 Dona 18
				Edat	<19 0 20-29 12 30-39 36 40-49 41 ≥50 18
				Grup de població	UDVP 14 HSH 45 Home Heterosexual 16 Dona Heterosexual 14 Desconegut 18
				Origen†	Espanyol 69 Estranger 38
				Global	27.796
				Sexe	Home 22.086 Dona 5.710
Nombre de persones estimades vivint amb el VIH/sida	Spectrum EPP	Anual	2011	Global	1,5
Taxa d'incidència de sida (per 100.000 habitants)	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Sexe	Home 2,5 Dona 0,5
Prevalença estimada de VIH en persones adultes de més de 15 anys	Spectrum EPP	Anual	2011	Global	0,44
				Sexe	Home 0,71 Dona 0,18
INDICADOR GARP 1.6. i INDICADOR ECDC. Percentatge de població jove de 15-24 anys estimada que viu amb el VIH*	Spectrum EPP	Anual	2011	Global	0,1
INDICADOR GARP 1.14 i INDICADOR ECDC. Percentatge d'HSH que viuen amb el VIH	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Biennal	2008	Global	20,4

INDICADOR GARP 1.10 i INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que viuen amb el VIH [adaptació: dones TS]	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Biennal	2009	Global	2,5	
INDICADOR GARP 2.5 i INDICADOR ECDC. Percentatge d'UDVP que viuen amb el VIH	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Biennal	2010-2011	Global	33,2	
INDICADOR GARP 3.3. TV del VIH [adaptació: no s'ha modelitzat]	Registre de TV	Anual	2009	Global	0	
Percentatge de donants de sang que viuen amb el VIH	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Anual	2011	Global	0,01	
Percentatge de població presidiària que viu amb el VIH	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Anual	2011	Global	10,9	
Percentatge de dones embarassades que viu amb el VIH	Poblacions sentinella i monitoratge conductual	Anual	2011	Global	0,2	
INDICADOR GARP 3.2. Percentatge de fills nascuts de mare VIH positiva als quals es va realitzar una prova virològica del VIH als dos mesos del naixement [adaptació: la prova del VIH s'havia realitzat a les mares abans de la data del part]	Registre de TV	Anual	2009	Global	99,5	
INDICADOR GARP 3.1 Percentatge d'embarassades VIH positives que reben antiretrovirals per reduir el risc de transmissió vertical [adaptació: Percentatge anual de nounats fills de dones infectades pel VIH que han estat exposats a la profilaxi antiretroviral durant la gestació, part i en les 48 hores posteriors al part].	Registre de TV	Anual	2009	Global	99,5	
Nombre estimat de noves infeccions de VIH	Spectrum EPP	Anual	2011	Global	721	
				Sexe	Home Dona	561 160
Taxa d'incidència anual estimada de VIH	Spectrum EPP	Anual	2011	Global	0,01	
				Sexe	Home Dona	0,02 0,005
Taxa d'incidència anual del VIH entre els nous diagnòstics (per 1.000 persones-any)	HIVLABCAT i AERI 131	Anual	1998-2011	Global	0,2	

Taxa d'incidència acumulada de VIH en HSH (per 100 persones-any)	Cohort ITACA	Biennal	2008-2011	Global	2,4	
				Origen†	Espanyols	1,2
					Estranger	2,5
Nombre anual de nous diagnòstics de VIH	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	608	
				Sexe	Home	522
					Dona	86
				Edat	<19	15
					20-29	174
					30-39	219
					40-49	139
					>=50	62
				Grup de població	UDVP	23
					HSH	374
					Home Heterosexual	88
					Dona Heterosexual	66
					Desconegut	57
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	4
					Tarragona	22
					Lleida	21
					Girona	33
					Catalunya Central	21
					Bcn Nord Maresme	40
					Barcelona Sud	53
					Barcelona Centre	37
					Barcelona ciutat	376
					Alt Pirineu i Aran	2

Distribució anual de nous diagnòstics de VIH (%)	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Sexe	Home Dona	85,9 14,1
				Edat	<19	2,5
					20-29	28,6
					30-39	36,0
					40-49	22,9
>=50	10,2					
				Grup de població	UDVP	3,8
					HSH	61,5
					Home Heterosexual	14,5
					Dona Heterosexual	10,9
					Desconegut	9,4
Taxa de nous diagnòstics del VIH (per 100.000 habitants)	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	8,5	
				Sexe	Home Dona	14,7 2,4
Percentatge de nous diagnòstics de VIH amb estudi de contactes iniciat	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	41,1	
* Per calcular el % es pren de referència el total de població 15-24 anys a 1 de gener de 2011 segons dades de l'Idescat; † La categoria estranger correspon a les persones nascudes fora d'Espanya.						

INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL					
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador
Nombre anual de nous diagnòstics de LGV	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	88
				Sexe	Home 88
					Dona 0
				Edat	15-19 0
					20-24 4
					25-34 39
					35-44 35
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre 0
					Tarragona 0
					Lleida 0
					Girona 0
					Catalunya central 0
					Bcn Nord i 2
					Barcelona ciutat 83
					Costa de Ponent 3
					Vallès Occ. i Or. 0
					Alt Pirineu i Aran 0
Taxa d'incidència de LGV per 100.000 habitants	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	1,2
				Sexe	Home 2,5
					Dona 0
				Edat	15-19 0,0
					20-24 1,2
					25-34 3,8
					35-44 2,9
Percentatge de nous diagnòstics de LGV amb estudi de contactes iniciat	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	60

Nombre anual de nous diagnòstics de Gonococ	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	502	
				Sexe	Home	411
					Dona	91
				Edat	15-19	23
					20-24	79
					25-34	212
					35-44	122
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	7
					Tarragona	16
					Lleida	3
Girona	67					
Catalunya central	20					
Bcn Nord i	39					
Barcelona ciutat	249					
Costa de Ponent	49					
Vallès Occ. i Or.	51					
Alt Pirineu i Aran	0					
Taxa d'incidència de Gonococ per 100.000 habitants	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	7,0	
				Sexe	Home	11,6
					Dona	2,5
				Edat	15-19	7,1
					20-24	22,9
					25-34	20,5
35-44	9,9					
Percentatge de casos nous diagnosticats d'infecció pel Gonococ amb estudi de contactes iniciat	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	56,5	

Nombre anual de nous diagnòstics de Sífilis	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	509	
				Sexe	Home	442
					Dona	65
				Edat	15-19	13
					20-24	47
					25-34	188
					35-44	167
Taxa d'incidència de Sífilis per 100.000 habitants	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Regió sanitària	Terres de l'Ebre	4
					Tarragona	13
					Lleida	16
					Girona	42
					Catalunya central	22
					Bcn Nord i	36
					Barcelona ciutat	285
					Costa de Ponent	54
					Vallès Occ. i Or.	37
					Alt Pirineu i Aran	0
Percentatge de casos nous diagnòstics d'infecció per Sífilis amb estudi de contactes iniciat	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	7,1	
				Sexe	Home	12,5
					Dona	1,8
				Edat	15-19	1,2
					20-24	4,2
					25-34	16,9
Nombre anual de nous diagnòstics d'Oftàlmia neonatal	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2010	Global	15,0	
					45	
Taxa d'incidència d'Oftàlmia neonatal per 100.000 nascuts vius	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2010	Global	53,6	
Nombre anual de nous diagnòstics de Sífilis congènita	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	0	

Nombre anual de nous diagnòstics de Clamídia	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	649	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	8
					Tarragona	10
					Lleida	85
					Girona	32
					Catalunya central	12
					Bcn Nord i	31
					Barcelona ciutat	412
					Costa de Ponent	19
					Vallès Occ. i Or.	99
					Alt Pirineu i Aran	0
Taxa d'incidència de Clamídia per 100.000 habitants	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	9,0	
Nombre anual de nous diagnòstics de Condilomes	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	4698	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	71
					Tarragona	208
					Lleida	281
					Girona	479
					Catalunya central	213
					Bcn Nord i	450
					Barcelona ciutat	1362
					Costa de Ponent	901
					Vallès Occ. i Or.	876
Taxa d'incidència de Condilomes per 100.000 habitants	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	65,4	
Nombre anual de nous diagnòstics de Tricomones	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	562	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	22
					Tarragona	20
					Lleida	39
					Girona	59
					Catalunya central	20
					Bcn Nord i	68
					Barcelona ciutat	175
					Costa de Ponent	67
					Vallès Occ. i Or.	102

Taxa d'incidència de Tricomones per 100.000 habitants	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	7,8	
Nombre anual de nous diagnòstics d'Herpes genital	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	1.695	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	45
					Tarragona	97
					Lleida	62
					Girona	241
					Catalunya central	77
					Bcn Nord i	180
					Barcelona ciutat	567
					Costa de Ponent	279
					Vallès Occ. i Or.	203
Taxa d'incidència d'Herpes genital (per 100.000 habitants)	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	23,6	
Percentatge Clamídia en <25 anys	Població sentinella (Presons)	Biennal	2011	Global	11	
	Població sentinella (ASSIR)		2010		5,5	
Nombre de casos amb ITS a població general i vulnerable	RITS	Anual	2011	Global	682	
				Grup de població	HSH	605
					TS	39
					Client de TS	37
Percentatge de casos amb ITS a població general i vulnerable	RITS	Anual	2011	Global	50,0	
				Grup de població	HSH	41,2
					TS	2,7
					Client de TS	2,5
Nombre de casos amb co-infecció pel VIH en persones diagnosticades amb una ITS	RITS	Anual	2011	Global	260	
				Sexe	Home	255
					Dona	5
				Edat	<30	61
					30+	199
				Grup de població	Homo/bisexual	246
					Heterosexual	13

Percentatge de co-infecció pel VIH en persones diagnosticades amb una ITS	RITS	Anual	2011	Global	1,17	
				Sexe	Home Dona	17,4 0,3
				Edat	<30 30+	4,2 13,5
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	16,7 0,9
	Registre d'MDO de Catalunya	Global	Sífilis: 29,5			
			Gonococ: 12,9			
			LGV: 95,3			
Nombre de casos amb diagnòstic concomitant d'ITS/VIH	RITS	Anual	2011	Global	42	
Percentatge de casos amb diagnòstic concomitant d'ITS/VIH	RITS	Anual	2011	Global	2,8	
Nombre de casos amb diagnòstic previ d'ITS l'últim any del diagnòstic d'una nova ITS	RITS	Anual	2011	Global	204	
				Sexe	Home Dona	132 72
				Edat	<30 30+	100 104
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	99 100
Percentatge de casos amb diagnòstic previ d'ITS l'últim any del diagnòstic d'una nova ITS	RITS	Anual	2011	Global	13,9	
				Sexe	Home Dona	64,7 35,3
				Edat	<30 30+	49,0 51,0
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	48,5 49,0
Nombre de casos amb conductes de risc elevat l'últim any en persones diagnosticades d'ITS	RITS	Anual	2011	Global	499	
				Sexe	Home Dona	286 213
				Edat	<30 30+	240 259
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	220 274

Percentatge de casos amb conductes de risc elevat a l'últim any en persones diagnosticades d'ITS	RITS	Anual	2011	Global	33,9	
				Sexe	Home	57,3
					Dona	42,7
				Edat	<30	48,1
					30+	51,9
				Grup de població	Homo/bisexual	44,1
					Heterosexual	54,9
INDICADOR ECDC. Nombre mitjà de parelles sexuals en els últims 12 mesos en persones diagnosticades amb una ITS	RITS	Anual	2011	Global	11	
				Sexe	Home	17
					Dona	2,0
Nombre de casos d'ITS amb parelles sexuals simultànies/úniques els darrers 12 mesos	RITS	Anual	2011	Global	Simultànies: 250 Úniques: 402	
Percentatge de casos d'ITS amb parelles sexuals simultànies/úniques els darrers 12 mesos	RITS	Anual	2011	Global	Simultànies: 17,0 Úniques: 7,4	
Nombre de casos amb nova parella sexual els darrers 3 mesos des del diagnòstic d'una ITS	RITS	Anual	2011	Global	693	
				Sexe	Home	555
					Dona	138
				Edat	<30	268
					30+	425
				Grup de població	Homo/bisexual	433
					Heterosexual	259
Percentatge de casos amb nova parella sexual els darrers 3 mesos des del diagnòstic d'una ITS	RITS	Anual	2011	Global	47,2	
				Sexe	Home	58,4
					Dona	26,6
				Edat	<30	38,7
					30+	61,3
				Grup de població	Homo/bisexual	62,5
					Heterosexual	37,4
Nombre de pràctiques sexuals en persones diagnosticades d'una ITS per tipus de pràctica	RITS	Anual	2011	Global	Vaginal:554 Oral:553 Oroanal:63 Anal: 370	

Percentatge de pràctiques sexuals en persones diagnosticades d'una ITS per tipus de pràctica	RITS	Anual	2011	Global	Vaginal: 58,5 Oral: 58,4 Oroanal: 6,7 Anal: 39,1	
Nombre de casos diagnosticats amb una ITS amb ús del preservatiu a la darrera pràctica sexual	RITS	Anual	2011	Global	232	
				Sexe	Home Dona	153 79
				Edat	<30 30+	110 122
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	108 123
INDICADOR ECDC. Percentatge de casos diagnosticats amb una ITS amb ús del preservatiu a la darrera pràctica sexual	RITS	Anual	2011	Global	15,7	
				Sexe	Home Dona	65,9 34,1
				Edat	<30 30+	47,4 52,6
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	46,6 53,0
Nombre de casos amb abordatge de l'estudi de contactes a persones diagnosticades d'ITS	RITS	Anual	2011	Global	653	
				Sexe	Home Dona	487 166
				Edat	<30 30+	271 382
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	360 291
Percentatge de casos amb abordatge de l'estudi de contactes a persones diagnosticades d'ITS	RITS	Anual	2011	Global	70,7	
				Sexe	Home Dona	74,6 25,4
				Edat	<30 30+	41,5 58,5
				Grup de població	Homo/bisexual Heterosexual	55,1 44,6

Nombre d'ITS per tipus d'àmbit assistencial	RITS	Anual	2011	Global	ASSIR: 385 Equip d'atenció primària: 20 Unitat d'ITS: 1064
Distribució d'ITS per tipus d'àmbit assistencial (%)	RITS	Anual	2011	Global	ASSIR: 26,2 Equip d'atenció primària: 1,4 Unitat d'ITS: 72,4

DETERMINANTS CONDUCTUALS					
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador
Població general					
INDICADOR GARP 1.3. Percentatge d'adults de 15-49 anys que ha tingut relacions sexuals amb més d'una parella els últims 12 mesos	Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. INE (6)	Única	2003	Global	18,2
INDICADOR 1.4. i INDICADOR ECDC Percentatge d'adults de 15-49 anys que ha tingut relacions sexuals amb més d'una parella els últims 12 mesos i que van utilitzar el preservatiu a la darrera relació	Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Instituto Nacional de Estadística (6)	Única	2003	Global	67
HSH					
INDICADOR ECDC. Percentatge d'HSH que identifica correctament les formes de prevenció sexual del VIH i rebutja les idees errònies [adaptació: Indicador EMIS sobre coneixements de les vies transmissió del VIH]*	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	44,5
INDICADOR GARP 1.12. i INDICADOR ECDC. Percentatge d'HSH que han usat el preservatiu en la darrera penetració anal amb una parella [adaptació: entre els que han tingut penetració anal els últims 12 mesos]	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	61,6
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús consistent del preservatiu en la penetració anal amb parelles estables HSH dels últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	26,9

INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús consistent del preservatiu en la penetració anal amb parelles ocasionals HSH dels últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	55,4
Prevalença de relacions anals desprotegides amb la parella estable amb serostatus desconegut o discordant en HSH en els últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	20,7
INDICADOR ECDC. Percentatge de HSH que han pagat a canvi de tenir relacions sexuals els últims 12 mesos [adaptació: s'han considerat els últims 6 mesos]	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	7,4
Percentatge de HSH que han cobrat a canvi de tenir relacions sexuals els últims 12 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	4,7
TS					
INDICADOR GARP 1.8. i INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que van utilitzar el preservatiu amb l'últim client [adaptació: dones TS els últims 6 mesos, segons client fix i no fix]	Monitoratge conductual	Biennal	2009	Global	client fix: 92,4 ; no fix 95,5
INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que declaren haver fet servir preservatiu en la darrera relació amb la parella estable en els últims 12 mesos [adaptació: s'han considerat els últims 6 mesos]	Monitoratge conductual	Biennal	2009	Global	10,3
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús consistent del preservatiu en les relacions sexuals amb clients en dones TS en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2009	Global	92,3
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús consistent del preservatiu en les relacions sexuals amb parella estable en TS en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2009	Global	8

UDVP						
INDICADOR GARP 2.2. i INDICADOR ECDC Percentatge d'UDVP que declaren haver fet servir preservatiu en la seva darrera relació sexual [adaptació: relacions sexuals els últims 6 mesos segons tipus de parella]	Monitoratge conductual	Biennal	2010-11	Global	parella estable: 36,9; parella ocasional: 77,2	
del preservatiu en les relacions sexuals amb parelles estables en UDVP en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010-11	Global	27,5	
INDICADOR ECDC. Prevalença d'ús consistent del preservatiu en les relacions sexuals amb parella ocasional en UDVP en els últims 6 mesos	Monitoratge conductual	Biennal	2010-11	Global	65,5	
INDICADOR GARP 2.3. Percentatge d'UDVP que declaren haber usat material estèril la darrera vegada que es van injectar [adaptació: es considera el darrer mes]	Monitoratge conductual	Biennal	2010-11	Global	91,1	
JOVES (menors de 25 anys)						
Edat mitjana a la primera relació sexual	Monitoratge conductual*	Única	2012	Global	16,6	
				Sexe	Home Dona	16,7 16,5
INDICADOR GARP 1.2. Percentatge d'homes i dones joves de 15-24 anys que van tenir la primera relació sexual abans dels 15	Monitoratge conductual*	Única	2012	Global	12,3	
Percentatge de joves que han tingut una relació sexual completa (anal o vaginal)	Monitoratge conductual*	Única	2012	Global	79,8	
				Sexe	Home Dona	76,4 83,3
INDICADOR ECDC. Nombre mitjà de parelles sexuals els últims 12 mesos	Monitoratge conductual*	Única	2012	Global	2,1	
	Poblacions sentinella (ASSIR)	Biennal	2010	Global	2,0	
	Poblacions sentinella (Presons)	Biennal	2011	Global	3,6	

INDICADOR ECDC. Percentatge de població jove heterosexual sexualment activa que ha utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual els últims 12 mesos	Monitoratge conductual*	Única	2012	Global	66,2	
	Població sentinella (Presons)	Biennal	2011	Sexe	Home Dona	30,8 18
Percentatge de casos diagnosticats amb una ITS amb ús del preservatiu a la darrera pràctica sexual	Poblacions sentinella (Presons)	Biennal	2011	Global	20,5	
Prevalença anticonceptiva en la darrera relació sexual ^o	Monitoratge conductual*	Única	2012	Global	89,7	
				Sexe	Home Dones	91,0 88,4
Ús de l'anticoncepció d'emergència alguna vegada	Monitoratge conductual*	Única	2012	Global	Dones	42,0
Taxa d'embaràs adolescent	Observatorio de salud reproductiva (7)	Anual	2010	Global	23,1	
INDICADOR GARP 1.1. Percentatge de dones i homes joves de 15-24 anys que identifiquen correctament les vies de transmissió sexual del VIH i rebutgen les principals idees errònies sobre la transmissió del VIH [adaptació: responen correctament a usar preservatiu, picadura de mosquit, beure del mateix vas, no s'ha inclòs tenir relacions dins de la parella]	Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Insituto Nacional de Estadística (6)	Única	2003	Global	70,8	

* L'indicador pot està infravalorat degut a la forma com s'ha construït l'indicador EMIS (respondre correctament els 5 ítems de coneixements de la transmissió del VIH); + els indicadors de joves obtinguts del monitoratge conductual formen part d'una primera explotació del projecte "Joves, salut i Internet" finançat per l'Institut Català d'Oncologia; ^o entre els que han tingut alguna relació sexual alguna vegada a al vida (es consideren els mètodes anticonceptius orals, DIU, diafragma, preservatiu, lligadura de trompes, mètode ogino, altres i s'exclou qui ha usat la marxa enrere); † La categoria estranger correspon a les persones nascudes fora d'Espanya.

RESPOSTA						
Diagnòstic						
Indicador	Font	Periodicitat	Darrera actualització	Desagregació	Valor indicador	
Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades anualment en saunas	Agència de Salut Pública de Catalunya	Anual	2007-2011	Global	1.825	
Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades en farmàcies	PPAS, Departament de Salut	Anual	2011	Global	1.638	
Nombre de proves realitzades anualment en els centres de detecció anònima d'anticossos del VIH	HIVDEVO	Anual	2010	Global	7.783	
Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades anualment a la xarxa de laboratoris de Catalunya	VIHLABCAT	Anual	2011	Global	343.704	
Taxa de proves diagnòstiques de VIH realitzades anualment a la xarxa de laboratoris de Catalunya (per 100.000 habitants)	VIHLABCAT	Anual	2011	Global	46,2	
				Regió sanitària	Terres de l'Ebre	25,8
					Tarragona	27,1
					Lleida	38,8
					Girona	28,0
					Catalunya Central	27,2
					Barcelona	55,1
Percentatge de proves positives entre les proves realitzades a la xarxa de laboratoris de Catalunya	VIHLABCAT	Anual	2011	Regió sanitària	Alt Pirineu i Aran	-
					Global	0,97
					Terres de l'Ebre	0,4
					Tarragona	0,5
					Lleida	0,3
					Girona	0,3
					Catalunya Central	0,3
					Barcelona	1,1
					Alt Pirineu i Aran	-

Percentatge de proves positives entre les proves realitzades en centres de detecció anònima d'anticossos del VIH	HIVDEVO	Anual	2010	Global	2,3
INDICADOR GARP 1.5. i INDICADOR ECDC. Percentatge d'adults d'edat 15-49 anys que s'han realitzat la prova del VIH els últims 12 mesos i coneixen els resultats	Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Insituto Nacional de Estadística (6)	Única	2003	Global	6,4
INDICADOR GARP 1.9. i INDICADOR ECDC. Percentatge de TS que s'han realitzat una prova del VIH els últims 12 mesos i coneixen els resultats [adaptació: dones TS]	Monitoratge conductual	Biennal	2009	Global	58,5
INDICADOR GARP 1.13. i INDICADOR ECDC. Percentatge d'HSH que s'han realitzat una prova del VIH els últims 12 mesos i coneixen els resultats	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	51,8
INDICADOR GARP 2.4. i INDICADOR ECDC. Percentatge d'UDVP que s'han realitzat una prova del VIH els últims 12 mesos i coneixen el resultat	Monitoratge conductual	Biennal	2010-11	Global	60,8

Percentatge de retard diagnòstic*	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2011	Global	43,1	
				Sexe	Home	45,0
					Dona	28,8
				Edat	13-24	23,1
					25-44	42,7
					45-49	52,6
					>=50	59,6
				Grups de població	UDVP HSH Home Heterosexual Dona Heterosexual Altres/risc no qualificat	61,5 38,4 67,7 28,6 50,0
	Registre d'MDO de Catalunya	Anual	2011	Global	40,7	
				Sexe	Home	40,5
					Dona	41,4
				Edat	13-24	25,0
					25-44	39,7
					45-49	48,9
					>=50	59,3
				Grups de població	UDVP HSH Home Heterosexual Dona Heterosexual Desconegut	40,0 33,5 59,0 40,4 62,2
Percentatge d'infecció recent entre els nous diagnòstics	AERI	Anual	2011	Global	34,6	

*Noves infeccions diagnosticades amb un nivell de CD4 < 350 mm³.

Tractament						
Nombre de casos notificats de PPE no ocupacional al VIH	Cohort NONOPEP		2009-2010	Global	586	
Percentatge de pacients que sobreviuen als 5 anys d'haver iniciat tractament	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2011	Global	92,6	
					retard del diagnòstic	91,0
					no retard del diagnòstic	96,8
Esperança de vida en pacients que inicien tractament (en anys).	Cohort PISCIS	Biennal	1998-2011	Global	Als 20 anys	40,5
					Al 35 anys	30,0
Anys potencials de vida perduts a causa del VIH abans dels 65 anys en pacients que inicien tractament (per 1.000 persones-any)	Cohort PISCIS	Biennal	2010-2011	Global	303,8	
INDICADOR GARP 4.1. Percentatge d'adults i nens elegibles actualment en TAR [adaptació: % d'adults]	Cohort PISCIS	Biennal	2011	Global	92,4	
INDICADOR GARP 4.2. Percentatge d'adults i nens VIH postius en tractament als 12 mesos després d'iniciar la TAR [adaptació: % d'adults]	Cohort PISCIS	Biennal	2010-2011	Global	89,2	
Percentatge de pacients amb càrrega viral indetectable als 6 mesos d'haver iniciat tractament	Cohort PISCIS	Biennal	2010-2011	Global	94,9	
Anys de vida guanyats en adults pel tractament del total de població des de l'inici de l'epidèmia	Spectrum EPP	Anual	fins a 2012	Global	20.286	
Percentatge de resistències transmeses en pacients amb infecció recent	AERI	Anual	2005	Global	11,0	
Percentatge de subtipus no-B en pacients amb infecció recent	AERI	Anual	2005	Global	19,2	

INDICADOR GARP 5.1. Percentatge de casos incidents de tuberculosi en persones amb VIH que reben tractament per la tuberculosi i pel VIH [adaptació: compliment del tractament de tuberculosi en persones infectades pel VIH]	Programa de prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya (8)	Anual	2011	Global	75,4	
INDICADOR GARP 1.11. Percentatge d'HSH als quals els han arribat els programes preventius	Monitoratge conductual	Biennal	2010	Global	69,5	
INDICADOR GARP 1.7. Percentatge de TS als quals arriben els programes preventius [adaptació: dones TS per qui la font principal de preservatius ha estat gratuïta el darrer any]	Monitoratge conductual	Biennal		Global	70,7	
INDICADOR GARP 2.1 Nombre de xeringues distribuïdes per UDVP i per any segons els programes d'intercanvi de xeringues (xeringues per injector-any) [adaptació: s'ha fet una estimació del nombre d'injectors]	Subdirecció General de Drogodependències	Biennal		Global	133	
†† La categoria estranger correspon a persones amb nacionalitat diferent a la espanyola.						
Altres indicadors de Salut Sexual i Reproductiva						
Prevalença anticonceptiva en dones de 18-70 anys actives sexualment que han usat algun mètode alguna vegada a al vida	Estudi Afrodita (9)	Única	2009	Global	87,4	
Ús d'anticoncepció d'emergència en dones de 15-49 anys alguna vegada a la vida	Encuesta poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital. Sociedad Española de Contracepción (10)	Única	2011	Global	15,4	
Edat mitjana al primer fill	Moviment Natural de Població. Idescat (11)	Anual	2010	Global	29,7	
Percentatge de cesàries	Programa de salut maternoinfantil, Departament de Salut (12)	Anual	2010	Global	28,1	
Índex sintètic d'avortament (interrupció voluntària de l'embaràs per dona)††	Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs (13)	Anual	2011	Origen††	espanyoles estrangeres	0,3 0,8
Índex sintètic fecunditat (fill per dona)††	Moviment natural de població. Idescat (11)	Anual	2011	Origen††	espanyoles estrangeres	1,3 1,7

Indicadors complementaris					
INDICADOR GARP 7.2. Proporció dones amb parella o alguna vegada casada d'edat entre 15-49 anys que han rebut violència física o sexual de part de la seva parella sentimental el últims 12 mesos [adaptació: denúncies rebudes per violència de gènere]	Boletín Estadístico Mensual sobre Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, de Salud, Serveis Socials i Igualtat (14)	Anual	2012	Global	19,6
INDICADOR 6.1. Despesa en ajuda a la sida nacional i internacional per categoria i fonts de finançament (€) [adaptació: Finançament públic a ONG per projectes de prevenció del VIH i recolzament psicològic a persones afectades pel VIH /sida]	Informe del cuestionario de actividades de prevención del VIH en las comunidades autónomas . Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (15)	Anual	2009	Global	1.548.800
INDICADOR GARP 7.1 Compromisos nacionales i instruments polítics				En construcció	
INDICADOR GARP 7.3 Assistència escolar d'alumnes orfes i no orfes de 10-14 anys				No aplicable	
INDICADOR GARP 7.4. Proporció de llars més pobres que reben ajuda econòmica externa els últims 3 mesos				No aplicable	
†† La categoria estranger correspon a persones amb nacionalitat diferent a la espanyola					



Fonts d'informació

1. Registre de malalties de declaració obligatòria (MDO)

El Registre d'MDO es basa en la declaració setmanal numèrica o individualitzada per part del personal sanitari quan es presenta un pacient amb indicis clínics o sospita d'alguna de les ITS que són de declaració obligatòria. Un nou decret reordena la totalitat de la normativa que hi havia fins ara en aquesta matèria. Es tracta del Decret 67/2010, de 25 de maig, pel qual es regula el sistema de notificació d'MDO i brots epidèmics al Departament de Salut.

El procediment i els circuits per a la declaració de les MDO està disponible a:

http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Vigilancia_epidemiologica/documents/manualmod2009.pdf

La definició de cas d'aquestes infeccions es pot trobar en el document Definició de cas de les MDO que elabora anualment el Departament de Salut (disponible a:

http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Vigilancia_epidemiologica/documents/spdefimdo.pdf

1.1 Declaració numèrica

La declaració numèrica cal fer-la setmanalment (la setmana s'inicia a les 0 hores del diumenge i acaba a les 24 hores del dissabte següent).

Pel que fa a les ITS de declaració numèriques tenim la infecció genital per clamídia, el condiloma acuminat, l'herpes genital, la tricomoniasis, l'oftalmia neonatal i l'agregat d'altres ITS.

1.2 Declaració individualitzada

Algunes de les malalties que s'han de declarar han de ser notificades de manera individualitzada per tal de permetre una acció epidemiològica i de control immediata. La declaració individualitzada s'efectua en el moment que la malaltia és detectada, mitjançant un imprès de notificació individualitzada. La informació recollida a l'imprès és d'ús estrictament sanitari i confidencial.

Pel que fa a les ITS de declaració individualitzada tenim sífilis infecciosa, la gonocòccia i l'LGV es declaren des de l'any 2007 i la sífilis congènita des de 1997. D'altra banda, la sida és de declaració individualitzada des de 1987 mentre que la infecció pel VIH va ser de notificació voluntària des de l'any 2001 fins al 2010. Amb la publicació del Decret 67/2010, de 25 de maig, la

infecció pel VIH passa a ser una MDO individualitzada integrant-se dins dels circuits de vigilància epidemiològica de Catalunya.

2. El Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC)

El SNMC es fonamenta en la recollida d'informació microbiològica dels diagnòstics etiològics seleccionats, que es notifiquen de forma voluntària per part de diversos laboratoris hospitalaris i de referència. Actualment declaren al SNMC un total de 50 laboratoris hospitalaris de diverses àrees geogràfiques de Catalunya. Els microorganismes notificats es classifiquen dins d'un total d'11 entitats clíniques que són:

- Micobacteriosis
- ITS
- Meningoencefalitis
- Infeccions de las vies respiratòries
- Enteritis
- Bacterièmies sense focus
- Altres malalties infeccioses
- Malaltia pneumocòccia invasiva
- Malaltia meningocòccia invasiva
- Malaltia per *Haemophilus influenzae* invasiva
- Listeriosi

El Departament de Salut publica en un web tota la informació que recull el SNMC: centres que participen, llistat de microorganismes i criteris de notificació.

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=4778b088013da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=4778b088013da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

3. Xarxes Sentinella

Les xarxes sentinella són utilitzades per a la vigilància sentinella del VIH i altres ITS complementant la informació recollida pels altres sistemes d'informació existents.

3.1 El Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual de Catalunya (RITS)

El RITS és un sistema de vigilància sentinella de les ITS a Catalunya i forma part del repositori d'epidemiologia de Catalunya (REC) dins del portal de Departament de Salut. El RITS registra declaracions voluntàries de 12 ITS diagnosticades per 164 professionals sentinelles de 64 centres d'atenció primària (programes d'ASSIR, medicina de família i atenció especialitzada per les ITS) dins del territori català. La informació demogràfica, clínica i de conducta es recull de manera voluntària utilitzant un qüestionari estandarditzat. La població diana són els casos incidents de les ITS als centres d'atenció primària participants i es considera com a objecte de notificació qualsevol cas amb un o més diagnòstics d'alguna de les ITS incloses al RITS realitzada pels metges/ses i professionals sanitaris participants. Fins ara el RITS ha complementat les dades de les notificacions de les MDO numèriques, per descriure el que passa a la resta de les ITS que no es poden descriure mitjançant els altres registres.

3.2 Xarxa de centres alternatius d'oferta de la prova del VIH (HIVDEVO)

Des de l'any 1994 els centres on es pot fer la detecció voluntària d'anticossos (HIVDEVO) recullen dades epidemiològiques de les persones que fan ús d'aquest servei. A Catalunya, actualment, hi ha 12 centres d'aquestes característiques que ofereixen, junt amb el consell assistit, la realització de la prova de manera voluntària, gratuïta, anònima i confidencial. Aquests centres estan localitzats a Barcelona (Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya, Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, BCN-Checkpoint, Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària-Creu Roja, Stop Sida, Àmbit Prevenció i Gais Positius), Sabadell i Terrassa (Actua Vallès), Lleida (Associació Antisida de Lleida), Girona (Associació Comunitària Anti-Sida de Girona) i Tarragona (Assexora'TGN i Creu Roja TGN). El test està subvencionat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

3.3 Xarxa de laboratoris que declaren l'activitat diagnòstica del VIH (LABCAT)

L'any 1992 es va crear a Catalunya una xarxa de laboratoris que notifiquen voluntàriament la realització de les proves diagnòstiques del VIH i el resultat obtingut. Actualment, aquesta xarxa està composta per laboratoris hospitalaris, laboratoris d'atenció primària i laboratoris de titularitat privada (HIVLABCAT). Tots ells envien un informe mensual al CEEISCAT en el qual comuniquen, tant el nombre total de proves diagnòstiques que han realitzat, com la quantitat de nous diagnòstics d'infecció pel VIH (queden excloses les proves realitzades per al cribratge de donacions sanguínies).

3.4 Xarxa sentinella de les resistències antibiòtiques del gonococ a Catalunya (VIRAG.cat)

A març de 2010, fou realitzat un diagnòstic de situació de la vigilància de les resistències antibiòtiques del gonococ a Catalunya.

D'un total de 51 laboratoris que realitzen test de sensibilitat antibiòtica de *N. gonorrhoeae* a Catalunya, van respondre l'enquesta 29 laboratoris: 18 laboratoris dels hospitals que pertanyen al SNMC i 11 laboratoris privats d'arreu del territori català.

Els antibiòtics informats foren: Ciprofloxacino, espectinomicina, ceftriaxona, cefotaxima, tetraciclins, penicilina i altres (en pregunta oberta). L'increment de la resistència al ciprofloxacino i penicilina i la identificació de noves soques resistents a la ceftriaxona ha fet que des de març de 2011, el CEEISCAT hagi convocat un grup de treball per a l'elaboració d'un pla de vigilància sentinella de les resistències antibiòtiques del gonococ a Catalunya (VIRAG.cat). Aquest pla està en fase d'aprovació.

En aquest es proposa la creació d'una xarxa de laboratoris sentinella (des de gener de 2013 hi ha varis laboratoris participant). A la vegada es proposa identificar alguns laboratoris de referència que compartiran la tècnica homogènia d'identificació de resistències antibiòtiques. Per tal d'assegurar que les dades epidemiològiques rellevants en relació a la vigilància de resistències es puguin recollir amb bona complementació, s'han identificat alguns metges assistencials que també contribuiran a la xarxa de vigilància.

4. Poblacions sentinella

El monitoratge de poblacions sentinella ens permet conèixer les variacions o tendències de la prevalença del VIH i ITS i les conductes de risc associades en aquests grups de població i la distribució d'aquestes infeccions a Catalunya, complementant la informació rebuda pels sistemes d'informació existents. Aquestes poblacions se seleccionen amb criteris de representativitat, homogeneïtat i accessibilitat i pretenen reflectir tant la població general com els grups de població amb més activitats de risc d'adquisició del VIH i ITS.

4.1 Nounats (VIH nadó)

La mostra representativa per al cribratge anònim no relacionat del VIH per estimar la prevalença d'infecció pel VIH en les dones embarassades de Catalunya, s'obté a partir de mostres de sang del cordó umbilical del nadó conservada en paper secant, que són recollides sistemàticament per

Fonts d'informació

tal d'informar al Programa de Cribratge Neonatal de les metabolopaties. Aquest programa cobreix el 99% dels nadons nascuts vius cada any a Catalunya i es ve realitzant des de l'any 1994.

Juntament amb la mostra biològica, el programa "VIH nadó", recull informació mitjançant un qüestionari, de l'edat, el país d'origen del pare i de la mare del nadó, així com de la província de residència i el sexe del nadó.

4.2 Donants de sang

Des de 1985, totes les donacions de sang han estat cribrades de manera sistemàtica per detectar la infecció del VIH en sang i prevenir la transmissió progressiva del VIH per via sanguínia o trasplantament de teixit. Les dades agregades de positivitat front el VIH s'envien al CEEISCAT sistemàticament pel càlcul de la prevalença del VIH a població de baix risc. A més, es recullen variables demogràfiques com: grup d'edat i sexe. El numerador són totes les donacions positives pel VIH d'un any en concret, sobre un denominador de totes les donacions rebudes el mateix any al Banc de Teixits de Catalunya.

4.3 Interns a centres penitenciaris de Catalunya

Des de l'any 1995 el SIVES monitoritza la prevalença d'infecció pel VIH a la població d'interns a centres penitenciaris mitjançant la recollida d'informació sistemàtica de dades d'anticossos anti-VIH a tres centres de Catalunya. Es calcula la prevalença instantània mitjançant la recollida de dades de positivitat front al VIH, edat i sexe per un dia exacte de l'any d'estudi. El numerador són tots els interns VIH positius d'un dia en concret sobre un denominador de la població interna del mateix dia als tres centres d'estudi.

4.4 Joves usuaris dels centres d'Atenció de salut sexual i reproductiva (ASSIR) i centres d'atenció als joves

Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades, es realitzen talls transversals biennals en població de joves d'edats compreses entre els 16 i els 35 anys atesos als centres ASSIR i centres d'atenció als joves. L'objectiu d'aquests estudis són determinar la prevalença de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* i els factors determinants per a la seva adquisició. El primer tall transversal es va realitzar al 2007. L'any 2010 es va realitzar el segon tall transversal en una mostra de conveniència estratificada per grup d'edat i sexe de 750 joves. La mostra va ser representativa dels 9 centres inclosos a l'estudi, distribuïts per la regió sanitària de Barcelona, sub-regions: Barcelona Ciutat, Barcelonès Nord i Maresme, Costa Ponent i Catalunya Central. Dos

dels centres corresponien a centres d'atenció als joves i els cinc restants eren centres ASSIR. A més, es va realitzar un sub-estudi de parelles a 250 dones menors de 25 anys a través d'una estratègia de cribrat basada en la presa de mostra a casa i enviament de la mateixa per correu i fent ús d'Internet com a eina per a que els participants obtinguessin els resultats de les proves. Per a la determinació de les ITS a estudi, s'utilitzen tècniques d'amplificació d'ADN, reacció en cadena per la polimerasa (PCR) en temps real (Abbott RealTime PCR CT/NG CE) en mostres d'orina. Per al càlcul de la prevalença de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* es determinen el nombre de mostres positives respecte el total de mostres analitzades. Per a explorar els factors determinants es va distribuir a cada participant un qüestionari semiestructurat i estandarditzat per a emplenar, prèviament es va signar un consentiment informat. El qüestionari constava de 40 preguntes estructurades segons dades sociodemogràfiques, relacions de parella, contracepció, pràctiques sexuals dels darrers 12 mesos, altres conductes de risc, consum de drogues, antecedents clínics i motiu de consulta. Per a l'anàlisi de les dades, es realitza un anàlisi descriptiu de totes les variables i posteriorment es dissenya un model multivariant de regressió logística per explorar els factors de risc associats a la infecció genital per *C. Trachomatis*.

4.5 Joves interns a centres penitenciaris de Catalunya

Com a part del monitoratge de les ITS i de les conductes de risc associades, es realitzen talls transversals biennals en població de joves interns en centres penitenciaris d'edats compreses entre els 18 i els 25 anys per a determinar la prevalença de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* i els factors determinants per al a seva adquisició en la població jove penitenciària. Aquest estudi es va iniciar al 2008. Durant el segon semestre de l'any 2011 es va realitzar el segon tall transversal en una mostra de conveniència de 430 joves menors de 25 anys interns als centres penitenciaris de Wad-Ras, Brians-1 i Joves. Prèvia signatura d'un consentiment informat, es van obtenir mostres d'orina de tots els participants per a la determinació de la infecció per *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae*, analitzades mitjançant tècniques d'amplificació d'ADN, PCR en temps real (Abbott RealTime PCR CT/NG CE). Per al càlcul de la prevalença de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* es determinen el nombre de mostres positives respecte el total de mostres analitzades. Per a explorar els factors determinants es va distribuir a cada participant un qüestionari semiestructurat i estandarditzat per a autoemplenar, prèvia signatura d'un consentiment informat. El qüestionari constava de 40 preguntes estructurades segons dades sociodemogràfiques, relacions de parella, contracepció, pràctiques sexuals dels darrers 12 mesos, altres conductes de risc, consum de drogues, antecedents clínics i coneixement d'ITS. Per a l'anàlisi de les dades, es realitza un anàlisi descriptiu de totes les variables i posteriorment es dissenya un model multivariant de regressió logística per explorar els factors de risc associats a la infecció genital per *C. trachomatis*.

4.6 Dones treballadores del sexe

El monitoratge de la prevalença del VIH/ITS i de les conductes associades en dones TS es va iniciar a Catalunya l'any 2005. Tres estudis transversals s'han dut a terme els anys 2005, 2007 i 2009, en col·laboració amb l'associació Àmbit Prevenció. En cada estudi, una mostra de conveniència de 400 dones majors de 18 anys es van seleccionar estratificant per província i país d'origen i considerant assignació proporcional en cada estrat. Les dones es van reclutar al carrer, pisos, clubs i bars al llarg del territori català. Previ consentiment informat, la informació conductual es va recollir mitjançant un qüestionari estructurat, anònim i adaptat a partir de l'utilitzat per *Médicos del Mundo* en l'estudi de la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en Espanya (FIPSE) realitzat al 2002¹. El qüestionari va ser traduït al romanès, rus i anglès, i preguntava per les conductes dels darrers 6 mesos. Per altre banda, es van recollir de forma anònima mostres de fluid oral per determinar prevalença d' infecció per el VIH² i d'orina per estimar prevalença de *C. trachomatis* i *N. Gonorrhoeae*, respectivament, mitjançant la tècnica de la PCR en temps real (Abbott RealTime PCR CT/CG CE).

4.7 Usuaris de droga per via parenteral usuaris de centres de reducció de danys

L'any 2008 es va iniciar el monitoratge del VIH, el VHC i de les conductes associades en UDVP reclutats en centres de reducció de danys. Els injectors es seleccionaven arreu del territori català en centres de reducció de danys, mitjançant un mostreig estratificat multietàpic, estratificant per tipus de centre (segons si el percentatge estimat d'immigració era major o no del 5%) i per país d'origen dins de cada centre. El criteri d'inclusió va ser que s'haguessin injectat drogues en alguna ocasió durant els últims 6 mesos. Previ consentiment informat, es va recollir la informació conductual mitjançant un qüestionari administrat per l'entrevistador, estandarditzat i anònim desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS)³. El qüestionari va ser traduït al romanès, rus, francès i anglès, i preguntava per les conductes dels darrers 6 mesos. Per altre banda, es van recollir de forma anònima mostres de fluid oral per a determinar prevalença d' infecció pel VIH⁴ i pel VHC⁵, respectivament.

¹ Estébanez P, Rodríguez MA, Rodrigo J, Ramon P. Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España. Estudio financiado por FIPSE, 2002. Expediente 2065/99.

² Chohan BH, Lavreys L, Mandaliya KN, Kreiss JK, Bwayo JJ, Ndinya-Achola JO, et al. Validation of a modified commercial enzyme-linked immunoassay for detection of human immunodeficiency virus type 1 immunoglobulin G antibodies in saliva. Clin Diagn Lab Immunol. 2001 Mar;8(2):346-8.

³ World Health Organization. Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection : a report prepared on behalf of the WHO International Collaborative Group. Geneva: WHO; 1994..

⁴ Genscreen HIV-1|2 Assay Version 2 Bio-Rad Laboratories, Inc. 1000 Alfred Nobel Drive Hercules CA 94547 United States 5107247000, <http://www.bio-rad.com>.

4.8 Usuaris de droga per via parenteral usuaris de centres de tractament

La prevalença de la infecció pel VIH mitjançant la recollida d'informació sistemàtica en la població sentinella d'UDVP que inicien el tractament relatiu a la drogoaddicció als centres de la Xarxa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències es va iniciar a Catalunya l'any 1996. La realització de les proves de detecció d'anticossos contra el VIH en aquests centres és voluntària, i utilitzen els algorismes que l'OMS/ONUSIDA recomana per a la determinació d'anticossos en aquests tipus d'estudis⁶.

4.9 Usuaris de droga per via parenteral reclutats al carrer

Des de 1993 i biennalment, es van dur a terme set mesures transversals per monitorar l'evolució de la prevalença d'infecció per el VIH i els comportaments sexuals i d'ús de drogues en UDVP reclutats majoritàriament al carrer, a les zones de venda i consum de drogues. El criteri d'inclusió va ser que s'haguessin injectat drogues en alguna ocasió durant els últims 2 mesos (estudis 1993-2004) o últims 6 mesos (estudi 2006). Previ consentiment informat, es va recollir la informació conductual mitjançant un qüestionari administrat per entrevistador, estandarditzat i anònim desenvolupat per l'OMS, i que preguntava per les conductes dels darrers 6 mesos. Per altre banda, es van recollir de forma anònima mostres de fluid oral per a determinar prevalença d'infecció per el VIH⁷ i per el VHC (a la mesura de 2006)⁵, respectivament.

4.10 Homes que tenen sexe amb homes

Des de 1993, i amb una periodicitat biennal, s'han dut a terme set estudis transversals amb la participació d'una organització comunitària d'homes homosexuals (associació Stop Sida). La mesura més recent es va realitzar durant els mesos d'octubre, novembre i desembre de 2008. La novetat de la darrera edició és que es tractava d'un estudi multicèntric amb la finalitat d'obtenir informació vàlida i fiable sobre la prevalença del VIH, sífilis, conductes de risc i factors culturals en HSH mitjançant mètodes de recollida no invasius, en països del sud i est d'Europa (*Projecte Sialon. The Capacity building in HIV/Syphilis prevalence estimation using non-invasive methods among MSM in Southern and Eastern Europe, finançat pel Programa de Salut Pública de la Comissió Europea 2003-2008*). En els estudis de 1993-2006, una mostra de conveniència d'HSH va ser seleccionada a diferents locals d'ambient gai (saunes, sex-shops i bars) i a un parc públic

⁵ Judd A, Parry J, Hickman M, McDonald T, Jordan L, Lewis K, et al. Evaluation of a modified commercial assay in detecting antibody to hepatitis C virus in oral fluids and dried blood spots. *J Med Virol.* 2003 Sep;71(1):49-55.

⁶ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) - WHO. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests. *Wkly Epidemiol Rec.* 1997 març 21;72(12):81-7.

⁷ Granade TC, Phillips SK, Parekh B, Gomez P, Kitson-Piggott W, Oleander H, et al. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1998 Mar;5(2):171-5.

Fonts d'informació

de la ciutat de Barcelona, i a partir del llistat de membres d'una organització comunitària d'homosexuals de Catalunya. En la mesura de 2008, la selecció d'HSH en llocs de trobada gai es va dur a terme mitjançant el mètode de mostreig *Time-location sampling* (TLS)^{8,9} que, a diferència d'anys anteriors, és un mètode probabilístic que assegura una més gran diversitat de la població d'HSH. En aquest projecte es va definir com a HSH no diagnosticats pel VIH a aquells homes que havien obtingut un resultat positiu a la prova de detecció del VIH en fluid oral realitzada durant l'estudi que haguessin declarat al qüestionari Sialon que la darrera prova havia estat negativa, que no s'haguessin fet mai la prova o que no haguessin recollit els resultats de la mateixa. En els diferents estudis, a banda d'informació conductual mitjançant un qüestionari anònim, mostres de fluid oral es van recollir per estimar prevalença del VIH^{10,11}, previ consentiment informat.

5. Estudis observacionals longitudinals

Els estudis observacionals longitudinals han jugat un paper fonamental en l'estudi de la infecció pel VIH/sida permetent el seguiment dels pacients en el temps. Temes tan rellevants com entendre la història natural de la infecció, intentar resoldre la pregunta de quan iniciar el TAR, així com explicar la progressió de la malaltia durant l'era del TARGA, entre molts d'altres, han estat considerats mitjançant el desenvolupament d'aquest tipus d'estudis epidemiològics.

5.1 Cohort PISCIS

La Cohort PISCIS és un estudi multicèntric del seguiment clínic-epidemiològic de pacients infectats pel VIH que es visiten en centres hospitalaris de Catalunya i Balears¹²¹³¹⁴¹⁵. Des de 1998 en la Cohort s'han reclutat 7.629 nous diagnòstics de VIH, els quals presenten característiques clínic-epidemiològiques concordants amb les reportades al Registre de VIH de Catalunya durant el mateix període.

⁸ MacKellar DA, Gallagher KM, Finlayson T, Sanchez T, Lansky A, Sullivan PS. Surveillance of HIV Risk and Prevention Behaviors of Men Who Have Sex with Men—A National Application of Venue-Based, Time-Space Sampling. *Public Health Reports*. 2007;122 Suppl 1:39-47.

⁹ Levy Paul S, Lemeshow Stanley. Sampling of Populations. Methods and Applications. 3rd Ed. New York: John Wiley & Sons; c. 1999..

¹⁰ Granade TC, Phillips SK, Parekh B, Gomez P, Kitson-Piggott W, Oleander H, et al. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol*. 1998 Mar;5(2):171-5.

¹¹ Foschia JP, Ramarli D, Coato P, Fontana R, Stanekova D. Sialon. Handbook on lab methods for HIV and Syphilis testing on oral fluid. Verona: Regional Centre for Health Promotion; 2010.

¹² Jaen A, Casabona J, Esteve A, Miro JM, Tural C, Ferrer E, et al. Características clínicopidemiológicas y tendencias en el tratamiento antirretroviral de una cohorte de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Cohorte PISCIS. *Med Clin (Barc)*. 2005 Apr 16;124(14):525-31.

¹³ Jaen A, Esteve A, Miró JM, Tural C, Montoliu A, Ferrer E, et al.; PISCIS Study Group. Determinants of HIV progression and assessment of the optimal time to initiate highly active antiretroviral therapy: PISCIS Cohort (Spain). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 Feb 1;47(2):212-20.

¹⁴ Navarro G, Noguera MM, Segura F, Casabona J, Miro JM, Murillas J, et al.; PISCIS Study Group. HIV-1 infected patients older than 50 years. PISCIS cohort study. *J Infect*. 2008 Jul;57(1):64-71.

¹⁵ Manzardo C, Esteve A, Ortega N, Podzamczar D, Murillas J, Segura F, et al.; The PISCIS Investigators. Optimal timing for initiation of highly active antiretroviral therapy in treatment-naïve human immunodeficiency virus-1-infected individuals presenting with AIDS-defining diseases: the experience of the PISCIS Cohort. *Clin Microbiol Infect*. 2012 Jul 25. [Epub ahead of print].

Entre els 1.126 pacients amb un nou diagnòstic durant 2010-2011, el 86,3% eren homes, la mitjana d'edat va ser de 35 anys i 43,3% eren persones nascudes fora de l'Estat espanyol (61,7% d'Amèrica Llatina, 13% d'Europa Occidental i 11,7% d'Àfrica Subsahariana). La via de transmissió més freqüent va ser els HSH (62,8%) seguit dels homes heterosexuales (15,5%), de les dones heterosexual (13,3%) i dels UDVP (4%). Segons origen, entre les persones procedents d'Europa Occidental i d'Amèrica Llatina va predominar la transmissió entre HSH, i pels d'Àfrica Subsahariana la via heterosexual.

En quant a les tendències per al període 1998-2010, i anàlogament al que es va reportar al Registre de VIH de Catalunya, es va observar un increment progressiu en el percentatge d'homes en els que la transmissió va ser HSH (de 23,9% l'any 1998 a 66,8% l'any 2011), així com un marcat descens en els UDVP (de 26,% l'any 1998 a 4% l'any 2011). Segons país d'origen, s'observa un increment progressiu de les persones nascudes fora de l'Estat Espanyol, excepte en el darrer any en el que el percentatge disminueix.

5.2 Cohort ITACA

La cohort ITACA és un estudi longitudinal prospectiu en HSH VIH negatius fruit de la col·laboració entre el CEEISCAT i el centre de cribratge comunitari BCN-Checkpoint. És la primera cohort establerta en un centre de detecció del VIH i altres ITS en base comunitària en HSH a Espanya. La cohort ITACA va ser dissenyada amb el propòsit d'estandarditzar procediments de recollida de dades per millorar el funcionament del centre comunitari i establir una plataforma estable de HSH VIH negatius on poder desenvolupar i avaluar intervencions de prevenció i implementar estudis epidemiològics. Després d'un període de pilotatge dels instruments de recollida d'informació, el projecte ITACA es va iniciar el 2008. Com a criteris d'inclusió es té en compte que els usuaris que demanen fer-se la prova del VIH a BCN-Checkpoint siguin majors d'edat, tinguin un resultat negatiu a la prova del VIH en visita basal i hagin signat el consentiment informat. Els procediments de la cohort ITACA en la primera visita i visites de seguiment, almenys un cop l'any, són la recollida d'informació biològica dels participants a través de la prova ràpida en sang de detecció d'anticossos del VIH (Determine 1/2), la recollida d'informació sociodemogràfica, conductual i epidemiològica a través d'un qüestionari que complimenta un membre del grup d'iguals de BCN-Checkpoint i la realització d'un consell assistit exhaustiu en base a la valoració que el professional fa del risc d'infecció del VIH. Els participants que seroconverteixen són derivats a la unitat de VIH de l'hospital de referència per tal de que rebin l'atenció necessària.

5.3 Cohort NENEXP

La cohort NENEXP és un estudi longitudinal en dones embarassades VIH positives i els seus fills, que es realitza a deu hospitals de Catalunya. Aquest estudi recull informació de tots els nounats atesos en els centres participants i que hagin estat exposats al VIH i/o a tractament terapèutic o profilàctic amb antiretrovirals durant l'embaràs, el part o bé els 28 dies posteriors al naixement, així com de les seves respectives mares. Els principals objectius de l'estudi són: determinar i monitorar la taxa de TV del VIH i els seus determinants a Catalunya, identificar i monitorar l'aparició d'efectes adversos de l'ús de TAR en la gestació, el part i el període neonatal sobre la gestant, el fetus i el nounat a curt, mitjà i llarg termini, descriure el perfil sociodemogràfic de les dones infectades pel VIH que no van rebre atenció prenatal fins al moment del part, i identificar els factors materns, de la gestació i del nounat relacionats amb l'aparició d'efectes adversos al TAR en els nens exposats durant la gestació, el part i les primeres setmanes de vida.

6. Altres projectes i estudis observacionals

6.1. Aplicació de l'Algoritme per a la detecció de Recent Infectats pel VIH (RITA).

La identificació de persones amb infeccions recents pel VIH entre els novament diagnosticats proporciona una estimació més precisa de la dinàmica de transmissió actual de l'epidèmia i permet estimar la incidència seguint guies desenvolupades per a l'ús amb proves d'infecció recent¹⁶. A l'any 1998 es va descriure l'algorisme estandarditzat per a recent infectats (STARHS: Serological Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversion) com una eina per a diferenciar les infeccions recents, de menys de 170 dies des de la seroconversió (amb un IC 95% de 144 a 200 dies), de les no recents¹⁷. Des de que es va descriure la tècnica per primera vegada a Europa, molts països van incorporar la tècnica STARHS en els seus sistemes de vigilància del VIH. Als Estats Units, els Centers for Disease Control and Prevention (CDC) també tenen implementat un sistema nacional de vigilància de l'epidèmia pel VIH, en el que s'ha incorporat la tècnica STARHS. Des de l'any 2001 el CEEISCAT i el Servei de Microbiologia de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol participen en el programa de control de qualitat extern de la tècnica STARHS coordinat pels CDC. L'acrònim STARHS s'ha vist reemplaçat recentment pel terme RITA (Recent Infection Testing Algorithm), que serà el terme de preferència en aquest document. L'ECDC va

¹⁶ [World Health Organization \(WHO\). When and how to use assays for recent infection to estimate HIV incidence at a population level. Geneva: WHO; 2011.](#)

¹⁷ [Janssen RS, Satten GA, Stramer SL, Rawal BD, O'Brien TR, Weiblen BJ, et al. New testing strategy to detect early HIV-1 infection for use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. JAMA. 1998 Jul 1;280\(1\):42-8.](#)

suggerir, al 2010, que RITA formés part de la vigilància rutinària de nous diagnòstics¹⁸. Des del 2003, el CEEISCAT ha incorporat aquesta tècnica a la vigilància rutinària mitjançant la coordinació del projecte AERI-VIH, estudi en què s'ha utilitzat la tècnica RITA per identificar els individus recentment infectats entre els nous diagnòstics d'infecció pel VIH. Aquest projecte de vigilància ha incorporat diferents tècniques per estimar la infecció recent seguint les indicacions d'ONUSIDA/OMS. Aquestes tècniques s'han aplicat en tres períodes (Vironostika-LS entre 2003-2005, BED entre 2006-2011, Avidity Index a partir del 2012), de la qual cosa sorgeix una cautela en la comparació d'aquests tres períodes. Les mostres per a la vigilància d'infecció recent eren de persones novament diagnosticats de VIH, durant el període de temps de 2003 a 2011, i eren provinents de laboratoris d'atenció primària, hospitalaris, centres de cribratge alternatius/ONG, i un centre d'ITS.

6.2 Enquesta d'acceptabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH en els metges de família d'Espanya

Amb l'objectiu d'estudiar l'acceptabilitat per part dels metges de família de la introducció de la prova ràpida a atenció primària, es va realitzar una enquesta en una mostra de conveniència de metges de família socis de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) i la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Es va elaborar un qüestionari amb la següent informació: dades sociodemogràfiques dels participants, coneixements i actituds sobre els tests ràpids pel diagnòstic del VIH, barreres identificades per a la seva oferta, tipus de test ràpid que consideraven més viable d'oferir, a qui oferirien el test i quin perfil professional seria el més idoni per a realitzar-lo. El qüestionari va ser online, anònim i de autocumplimentació, amb accés des de les pàgines web d'ambdues societats. Prèviament a l'enviament, el qüestionari es va pilotar entre un grup de 34 metges de família. Es va enviar una carta descrivint l'estudi i l'enllaç per accedir al qüestionari per correu electrònic a tots els socis (19.500 socis). El període de recollida d'informació va ser del 15 de juny al 31 d'octubre de 2010, enviant un recordatori al setembre. Es va proposar una escala de qualificació de l'1 al 10 per a les preguntes d'opinió. Es van assumir com "Estar d'acord" totes les respostes d'opinió amb valors iguals o superiors a 7. L'estudi va comptar amb l'autorització del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació Institut de Recerca en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol.

¹⁸ [European Centre for Disease Prevention and Control. European STI and HIV/AIDS Surveillance Networks Berlin, 28-30 September 2010. Meeting Report. Stockholm: ECDC; 2010.](#)

6.3 Estudi de viabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH entre els metges de família i professionals de centres d'Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)

Per estudiar la viabilitat de la introducció de la prova ràpida a l'atenció primària, es va realitzar una prova pilot, en què es van distribuir 1.450 proves ràpides de VIH a metges de família i professionals dels centres d'ASSIR. Un cop finalitzat el període d'estudi, es va distribuir a tots els metges participants una enquesta on-line per a conèixer la seva experiència amb la prova ràpida i les seves opinions al respecte. Els objectius d'aquest estudi eren: estudiar l'acceptabilitat de l'ús de la prova ràpida del VIH a l'atenció primària per part del professional i del pacient, i estudiar la viabilitat de l'ús de la prova ràpida a atenció primària. Els professionals participants van ser del grup de metges de família, metges de les unitats de salut internacional i professionals dels ASSIR de la xarxa sentinella establerta pel CEEISCAT per al monitoratge i avaluació del VIH i les ITS a Catalunya.

6.4 Sistema d'informació epidemiològica sobre la profilaxis post- exposició al VIH no ocupacional (NONOPEP)

El Sistema d'informació epidemiològica sobre la PPE al VIH no ocupacional és un registre que inclou les exposicions no ocupacionals al VIH, hagin rebut o no TAR, i es recull, de manera anònima i voluntària, informació sobre les característiques dels individus exposats i les fonts d'infecció, les característiques de l'exposició, el risc d'infecció segons les categories (baix, mitjà i alt), el seguiment clínic i el TAR prescrit, així com sobre la tolerància i l'adherència al mateix. Es defineix una exposició no ocupacional al VIH com aquella situació en què es produeix un contacte accidental amb sang i/o altres fluids biològics per via sexual o parenteral fora de l'àmbit estrictament sanitari.

6.5 Enquesta Europea per Internet dirigida a homes que tenen relacions sexuals amb homes (European MSM Internet Survey (EMIS))

L'Enquesta EMIS forma part d'un projecte multicèntric finançat per la Comissió Europea (UE- Programa de Salut 2008-2013), en el que van participar més de 180.000 homes de 38 països europeus i va estar disponible en 25 idiomes. L'objectiu principal de l'EMIS va ser descriure les conductes de risc dels HSH enfront el VIH i altres ITS dins del marc de vigilància del VIH de segona generació. A Espanya van participar: el CEEISCAT com a centre associat al projecte, i l'ONG Stop Sida, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad i el Centro Nacional de

Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III com a centres col·laboradors. La recollida de dades es va realitzar entre els mesos de juny i agost de 2010 mitjançant una enquesta per internet d'autodeclaració, anònima i confidencial. L'enquesta va incloure preguntes sobre característiques sociodemogràfiques, qüestions relacionades amb l'estigma i la discriminació, conductes sexuals amb parelles estables i ocasionals en els últims 12 mesos, relacions sexuals fora d'Espanya, relacions sexuals a canvi de diners i drogues, consum d'alcohol i drogues, coneixements sobre el VIH/sida, les ITS i la PPE, accés a informació i a material preventiu, accés a les proves del VIH i altres ITS, accés al TAR, prova del VIH i resultat de l'última prova i diagnòstic previ d'ITS. Entre aquestes preguntes es van incloure 15 indicadors bàsics pel monitoratge de les conductes en HSH suggerits pel ECDC¹⁹. La difusió de l'enquesta va comptar amb la promoció dels principals portals nacionals existents a Internet orientats a públic gai (Chueca, Gayromeo i Bakala) i internacionals (Gayromeo i ManHunt). També es van distribuir per tot l'Estat espanyol 500 pòsters i 10.000 targetes amb informació de l'estudi. Es va comptar, també, amb el suport dels Plans de Sida Autonòmics, la Federació Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuals i Bisexuals, la Coordinadora Gai-Lesbiana i altres ONG.

6.6 Enquesta a estudiants de secundària

Des del Programa Intermunicipal de Drogodependències de l'Alt Maresme, es realitza de manera biennal una enquesta de consum de drogues a joves escolars de secundària de la zona. Com a novetat, a la mesura de 2011 es va incloure un apartat sobre conductes sexuals i altres indicadors de salut sexual i reproductiva dirigit als joves de secundària post-obligatòria (majors de 16 anys). Per la selecció global de la mostra es va considerar un disseny multietàpic considerant en la primera etapa els centres educatius com unitat primària, i l'aula com a unitat secundària en la segona etapa. Segons aquest disseny, es va decidir seleccionar tots els centres educatius i, per cada centre, seleccionar aleatòriament per cada curs una aula d'ESO, Batxillerat i especialitat (cuina, restauració, etc) en aquells centres amb ensenyament de Cicles Formatius de Grau Mig i Programa de Transició al Treball. A continuació es va considerar un disseny estratificat segons centre i tipus d'ensenyament (ESO/Batxillerat, cicles formatiu i programa de transició), considerant com a variable pes per l'estratificació la proporció d'alumnes en cada curs respecte el nombre de matriculats en el centre. Es va estimar una mida mostral de 577 i 243 alumnes a ESO /Batxillerat i Cicles Formatius de Grau Mig/Programa de Transició al Treball, respectivament. D'aquests, 440 van ser joves majors de 16 anys que van respondre l'apartat sobre conducta sexual que es presenta en aquest informe.

¹⁹ [European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC 2009.](#)

6.7 Prova pilot del diagnòstic precoç del VIH a oficines de farmàcia

El mes d'abril de 2009 es va posar en marxa a Catalunya un programa pilot de determinació de la infecció pel VIH mitjançant un test ràpid en unes determinades oficines de farmàcia, coordinat pel PPAS. En aquest programa pilot han participat 36 farmàcies de 21 localitats de la província de Barcelona.

Les poblacions on aquest servei ha estat més demandat són: Hospitalet de Llobregat, Badalona, Mataró, Santa Coloma de Gramenet, Cerdanyola i Cornellà de Llobregat amb una demanda que oscil·la entre les 409 i les 1.036 peticions ateses.

6.8 Programa Saunes

Des l'any 2006, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, amb suport del PPAS i el CEEISCAT, porta a terme a la ciutat de Barcelona el "Programa Saunes" que té com objectiu disminuir el retard diagnòstic del VIH en el col·lectiu d'HSB. Un equip de dues persones format al menys per un sanitari (metge/ssa o un infermer/a) acudeix dues vegades per setmana a alguna de les tres saunes més freqüentades de la ciutat i a un sex shop amb "darkroom". S'ofereix consell pre i post prova, la prova ràpida del VIH i de la sífilis, la vacuna contra l'hepatitis A i B, preservatius, lubricants i material informatiu.

7. Modelització i Projeccions

Els estudis de modelització i projeccions permeten obtenir informació útil per entendre les epidèmies i estimar la seva evolució.

7.1 Programa d'estimacions i projeccions Spectrum/EPP 2011

L'Spectrum/EPP 2011 (Programa d'estimacions i projeccions) és un paquet d'aplicacions de modelització de l'epidèmia del VIH fàcils d'usar que ofereixen a les autoritats sanitàries una eina analítica per donar suport a la presa de decisions.

L'Spectrum/EPP 2011 s'ha desenvolupat per entendre la magnitud de l'epidèmia i estimar els principals indicadors de VIH a partir de les tendències de la incidència i prevalença produïda pel model. Aquests indicadors inclouen el nombre de persones que viuen amb el VIH, les noves infeccions de sida, les morts, el nombre d'adults i nens que necessiten tractament i l'impacte del TAR sobre la supervivència. Les estimacions d'aquests indicadors són utilitzades pels organismes

internacionals per tal de mobilitzar el compromís i els recursos, així com pels països que vulguin desenvolupar els seus plans estratègics nacionals, per identificar i establir objectius de tractament i estimar l'impacte de la teràpia antiretroviral i de la prevenció de la TV a nivell de població.

El Grup de Referència del ONUSIDA sobre Estimacions, Models i Projeccions (<http://www.epidem.org/>) revisa els paràmetres utilitzats en Spectrum cada 2 anys. La revisió d'aquestes dades i la incorporació d'informació addicional permet la recomanació de canvis a la metodologia i els supòsits utilitzats en Spectrum per incorporar les noves troballes de la investigació i proporcionar els indicadors necessaris per a la planificació dels programes nacionals de VIH. Actualitzacions recents sobre la progressió de la infecció pel VIH des de la infecció fins a la mort en absència de tractament s'han beneficiat de l'experiència dels estudis de cohorts de llarga durada i les noves cohorts de tractament han proporcionat dades valuoses sobre els efectes del TAR sobre la supervivència.

Les principals dades necessàries per generar les estimacions d'Spectrum/EPP van ser característiques de les subpoblacions (mida, demografia i la durada en la subpoblació), distribució de TAR de primera i segona línia en la població general i les subpoblacions, les dades prenatales sentinella de vigilància clínica i les dades de les enquestes de prevalença de la majoria de poblacions d'alt risc. Altres dades necessàries per a l'estimació en Spectrum inclou la distribució dels règims d'antiretrovirals per la prevenció de la transmissió materno-infantil del VIH entre les dones embarassades infectades, la distribució de les pràctiques d'alimentació entre les mares VIH positives, la proporció de persones amb VIH avançat en TAR per any i la distribució del tractament amb cotrimoxazol i TAR entre els nens. Les dades sobre la prevalença del VIH provenien de la vigilància sentinella nacional del VIH de segona generació, estudis de vigilància de conductes i estudis especials. Detalls de les fonts de dades utilitzades es poden veure a la **taula 1**.

Hi ha algunes limitacions en els models matemàtics en general i del software Spectrum en particular; alguns dels supòsits d'Spectrum es deriven d'un nombre petit d'estudis que poden no ser representatius de totes les poblacions clau. Els paràmetres usats per defecte en Spectrum es calculen principalment considerant els països de renda baixa i mitja. Aquests paràmetres poden no ser apropiats pels models d'epidèmies en països d'alts ingressos. L'impacte dels programes de prevenció i l'expansió de les proves del VIH no estan inclosos a les projeccions realitzades i, encara que el seu impacte en les noves infeccions no està clar, s'han de tenir en compte en les estimacions de la incidència i prevalença del VIH.

El model Spectrum/EPP2011 ha estat finançat principalment per la United States Agency for International Development (USAID) amb la col·laboració tècnica de l'ONUSIDA, OMS, UNICEF, Divisió de Població de les Nacions Unides, Oficina del Cens dels Estats Units d'Amèrica, el Fons

Fonts d'informació

de Població de les Nacions Unides (UNFPA) i altres organitzacions. El programa està disponible en diversos idiomes de forma gratuïta a <http://www.futuresinstitute.org/>.

Taula 1.

Paràmetre	Font
Població basal 1970	Idescat (Institut d'Estadística de Catalunya) INE (Instituto nacional de Estadística)
Taxa de fertilitat total	Idescat
Taxa de fertilitat edat-específica	INE
Relació de sexe al naixement	Fundación BBVA Estadísticas históricas de España
Migració (internacional i nacional)	Idescat INE UNDP (United Nations Population Division) Observatorio Permanente de la Inmigración Literatura disponible
Taxa de transmissió materno-infantil del VIH	Registre TV Guies clíniques
TAR (Tractament i prevenció), incloent migració anual de 1a a segona línia	Cohort PISCIS Guies clíniques CatSalut
Poblacions clau	Idescat INE Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías Direcció General de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil Literatura disponible
Prevalença de VIH en poblacions clau	Banc de Sang y Teixits Altres Estudis i sistmes d'informació (EMIS, SIALON, HIVDEVO, LABCAT, Cohort NENEXP, Estudis en dones TS i UDVP, Direcció General de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil)
Mortalitat sense TAR	Cohort PISCIS

7.2 CASCADA

La CASCADA és una representació visual del nombre d'individus vivint amb el VIH/sida en les successives etapes de l'atenció i tractament d'aquesta malaltia.

Les estimacions del nombre de persones de cada etapa es deriven aplicant un percentatge sobre el nombre de persones estimat en l'etapa anterior.

La primera estimació que es presenta és el nombre de persones vivint amb el VIH, derivat amb el model Spectrum/EPP 2011.

A partir d'aquesta primera estimació s'aplicarà successivament el percentatge de persones:

- diagnosticades,
- en seguiment actiu
- en TAR
- amb supressió viral

Per calcular el percentatge de persones no diagnosticades es van utilitzar estimacions europees derivades de la literatura a falta d'estimacions directes. Els percentatges de persones en seguiment actiu, en TAR i amb supressió viral es varen estimar a partir de les dades de la Cohort PISCIS.

Es va definir persones en seguiment actiu com aquelles que havien tingut al menys un contacte amb l'hospital durant l'últim any; persones en TAR com aquelles persones amb seguiment actiu que estaven rebent TAR durant aquest període. Finalment, d'aquelles en TAR, es considera les que presenten càrregues inferiors a 50 còpies/ml.



Annexes

Publicacions estatals

López Corbeto E, Carnicer-Pont D, Lugo R, Gonzalez V, Bascuñana E, Lleopart N, Barbero L, Humet V, Casabona J; Grupo de Estudio CT Prisiones. Prevalencia y factores asociados a infección por *Chlamydia trachomatis* en reclusos jóvenes de Cataluña. [Med Clin \(Barc\). 2012 Mar 21.](#) [Epub ahead of print] doi: dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.01.024.

Agustí C, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria [Editorial]. [Aten Primaria. 2012 Dec;44\(12\):689-90.](#) doi: 10.1016/j.aprim.2012.11.001.

Agustí C, Sabidó M, Guzmán K, Pedroza MI, Casabona J. Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala. [Gac Sanit. 2012 Jul;26\(4\):376-8.](#) doi: 10.1016/j.gaceta.2011.12.014.

Carnicer-Pont D, Smithson A, Fina-Homar E, Bastida MT; the Gonococcus antimicrobial resistance surveillance working group. First cases of *Neisseria gonorrhoeae* resistant to ceftriaxone in Catalonia, Spain, May 2011. [Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012 Apr;30\(4\):218-9.](#) doi: 10.1016/j.eimc.2011.11.010.

Díez M, Oliva J, Sánchez F, Vives N, Cevallosd C, Izquierdo A; Grupo SINIVIH. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009. [Gac Sanit. 2012 Mar-Apr;26\(2\):107-15.](#) doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.023.

Fernández-Dávila P, Lupiáñez-Villanueva F, Zaragoza Lorca K. Actitudes hacia los programas de prevención on-line del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. [Gac Sanit. 2012 Mar-Apr;26\(2\):123-30.](#) doi: 10.1016/j.gaceta.2011.06.011.

Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Meroño M, Espelt A, González V; Grupo REDAN. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. [Gac Sanit. 2012 Jan-Feb;26\(1\):37-44.](#) doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.022.

Fernández-Dávila P, Zaragoza Lorca K. Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH? [Gac Sanit. 2011 Sep-Oct;25\(5\):372-8.](#) doi: 10.1016/j.gaceta.2011.05.012.

Romero A, Martró E, González V, Matas L; the AERI Study group. Comparison of two serological tests for the identification of recent HIV infection: Vironostika HIV-1 Microelisa and BED capture enzyme immunoassay. [Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011 Aug-Sep;29\(7\):553-5.](#) doi: 10.1016/j.eimc.2011.02.016.

Romero A, Sued O, Puig T, Esteve A, Pumarola T, Casabona J, González V, Matas L, Tural C, Rodrigo I, Margall N, Miró JM. Prevalence of transmitted antiretroviral resistance and distribution of HIV-1 subtypes among patients with recent infection in Catalonia (Spain) between 2003 and 2005. [Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011 Aug -Sep;29\(7\):482-9.](#) doi: 10.1016/j.eimc.2011.03.001.

Vallès X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada? [Gac Sanit. 2011 May-Jun;25\(3\):224-32.](#) doi: 10.1016/j.gaceta.2010.12.003.

Carnicer-Pont D, Vives N, Casabona i Barbarà J. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. [Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011 Feb;29\(2\):144-51.](#) doi: 10.1016/j.eimc.2010.11.010.

Corbeto EL, Lugo R, Martró E, Falguera G, Ros R, Avecilla A, Coll C, Saludes V, Casabona J. Prevalencia de la infección por *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* y determinantes para su adquisición en jóvenes y adultos-jóvenes en Cataluña. [Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011 Feb;29\(2\):96-101.](#) doi: 10.1016/j.eimc.2010.08.011.

Heras E, Llibre JM, Martró E, Casabona J, Martín R, Sirera G. Respuesta completa al tratamiento con doxiciclina en pacientes con infección por VIH-1 con proctitis por linfogranuloma venéreo. [Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011 Feb;29\(2\):124-6.](#) doi: 10.1016/j.eimc.2010.07.011.

Fernández-Dávila P. Resultado de la 1a encuesta europea por Internet para gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (EMIS). [GB. 2011;79:42-3.](#)

Casabona J. ¿Qué hemos aprendido en 30 años de convivir con el sida? [Editorial]. [FMC. 2011;18\(9\):533-5.](#)

Huntington S, Folch C, González V, Meroño M, Ncube F, Casabona J. Prevalencia de VIH, Hepatitis C y factores asociados en usuarios de drogas por vía parenteral seleccionados en Cataluña. [Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010 Apr;28\(4\):236-8.](#) doi: 10.1016/j.eimc.2009.06.004.

Folch C, Casabona J, Muñoz R, González V, Zaragoza K. Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. [Gac Sanit. 2010 Jan-Feb;24\(1\):40-6.](#) doi: 10.1016/j.gaceta.2009.06.010.

Publicacions internacionals

Folch C, Lazar C, Ferrer L, Sanclemente C, Casabona J. Female sex workers and access to social and health services in Catalonia: influence of region of origin and place of work. [AIDS Care. 2012 Dec 7.](#) [Epub ahead of print]. doi: 10.1080/09540121.2012.748872.

Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguadod C, Montoliu A, Puigdengolasc X, De La P oza M, Rifà B, Casabona J. Acceptability of rapid HIV diagnosis technology among primary healthcare practitioners in Spain. [AIDS Care. 2012 Oct 15.](#) [Epub ahead of print]. doi: 10.1080/09540121.2012.726339.

Manzardo C, Esteve A, Ortega N, Podzamczar D, Murillas J, Segura F, Force L, Tural C, Vilaró J, Masabeu A, Garcia I, Guadarrama M, Ferrer E, Riera M, Navarro G, Clotet B, Gatell JM, Casabona J, Miro JM; PISCIS Cohort Investigators. Optimal timing for initiation of highly active antiretroviral therapy in treatment-naïve human immunodeficiency virus-1-infected individuals presenting with AIDS-defining diseases: the experience of the PISCIS Cohort. [Clin Microbiol Infect. 2012 Jul 25.](#) [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03991.x.

Stuardo V, Agustí C, Godínez JM, Montoliu A, Torné A, Tarrats A, Alcalde C, Martín D, Fernández-Montoli E, Vanrell C, Solé J, Canet Y, Marqueta JM, Mohamed J, Cuenca I, Lonca M, Sirera G, Ferrer E, Domingo P, Lloveras B, Miro JM, De Sanjosé S, Casabona J. Human Papillomavirus Infection in HIV-1 Infected Women in Catalonia (Spain): Implications for Prevention of Cervical Cancer. [PLoS One. 2012;7\(10\):e47755.](#) doi: 10.1371/journal.pone.0047755.

Romero A, González V, Esteve A, Martró E, Matas L, Tural C, Pumarola T, Casanova A, Ferrer E, Caballero E, Ribera E, Margall N, Domingo P, Farré J, Puig T, Sauca MG, Barrufet P, Amengual MJ, Navarro G, Navarro M, Vilaró J, Ortín X, Ortí A, Pujol F, Prat JM, Massabeu A, Simó JM, Villaverde CA, Benítez MA, Garcia I, Díaz O, Becerra J, Ros R, Sala R, Rodrigo I, Miró JM, Casabona J; the AERI Study group. Identification of recent HIV-1 infection among newly diagnosed cases in Catalonia, Spain (2006-08). [Eur J Public Health. 2012 Dec;22\(6\):802-8.](#) doi: 10.1093/eurpub/ckr179.

Antiretroviral Cohort Collaboration. Heterogeneity in outcomes of treated HIV-positive patients in Europe and North America: relation with patient and cohort characteristics. [Int J Epidemiol. 2012 Dec;41\(6\):1807-20.](#) doi: 10.1093/ije/dys164.

Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ; The EMIS Network. Prevalence of HIV among MSM in Europe: comparison of self-reported diagnoses from a large scale internet survey and existing national estimates. [BMC Public Health. 2012 Nov 14;12\(1\):978.](#) doi:10.1186/1471-2458-12-978.

Cámara J, Serra J, Ayats J, Bastida T, Carnicer-Pont D, Andreu A, Ardanuy C. Molecular characterization of two high-level ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates detected in Catalonia, Spain. [J Antimicrob Chemother. 2012 Aug;67\(8\):1858-60.](#) doi: 10.1093/jac/dks162.

The HIV-CAUSAL Collaboration. The effect of efavirenz versus nevirapine-containing regimens on immunologic, virologic and clinical outcomes in a prospective observational study. [AIDS. 2012 Aug 24;26\(13\):1691-705.](#) doi: 10.1097/QAD.0b013e328354f497.

N Vives, D Carnicer-Pont, P García de Olalla, N Camps, A Esteve, J Casabona and the HIV and STI Surveillance Group. Factors associated to late diagnosis of HIV infection in Catalonia, Spain. [Int J STD AIDS. 2012 Jul;23\(7\):475-80](#). doi: 10.1258/ijsa.2011.011280.

Sabido M, Gregg LP, Vallès X, Nikiforov M, Monzón JE, Pedroza MI, Vermund SH, Casabona J. Notification for sexually transmitted infections and HIV among sex workers in Guatemala: acceptability, barriers, and preferences. [Sex Transm Dis. 2012 Jul;39\(7\):504-8](#). doi: 10.1097/OLQ.0b013e31824f8b1b.

Corbeto EL, Carnicer-Pont D, Lugo R, Gonzalez V, Bascuñana E, Lleopart N, Barbero L, Humet V, Casabona J, Chlamydia Study Group In Catalonia Prisons. Sexual behaviour of inmates with Chlamydia trachomatis infection in the prisons of Catalonia, Spain. [Sex Health. 2012 May;9\(2\):187-9](#). doi: dx.doi.org/10.1071/SH11038.

The HIV-CAUSAL Collaboration. Impact of antiretroviral therapy on tuberculosis incidence among HIV-positive patients in high-income countries. [Clin Infect Dis. 2012 May;54\(9\):1364-72](#). doi: 10.1093/cid/cis203.

The Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord; Lewden Ch, Bouteloup V, De Wit S, Sabin C, Mocroft A, Wasmuth JC, van Sighem A, Kirk O, Obel N, Panos G, Ghosn J, Dabis F, Mary-Krause M, Leport C, Perez-Hoyos S, Sobrino-Vegas P, Stephan C, Castagna A, Antinori A, d'Arminio, Monforte A, Torti C, Mussini C, Isern V, Calmy A, Teira R, Egger M, Grarup J, Chêne G. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 ≥ 500 /mm³ compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. [Int J Epidemiol. 2012 Apr;41\(2\):433-445](#). doi: 10.1093/ije/dyr164.

The Pursuing Later Treatment Options II (PLATO II) Project Team for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Group. Calendar time trends in the incidence and prevalence of triple-class virologic failure in antiretroviral drug experienced people with HIV in Europe. [J Acquir Immune Defic Syndr. 2012 Mar 1;59\(3\):294-9](#). doi: 10.1097/QAI.0b013e31823fe66b.

The Opportunistic Infections Project Team of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe (COHERE) in EuroCoord. CD4 cell count and the risk of AIDS or death in HIV infected adults on combination antiretroviral therapy with a suppressed viral load: a longitudinal cohort study from COHERE. [PLoS Med. 2012 Mar;9\(3\):e1001194](#). doi: 10.1371/journal.pmed.1001194.

The Pursuing Later Treatment Option II (PLATO II) project team* for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Group. Trends in virological and clinical outcomes in individuals with HIV-1 infection and virological failure of drugs from three antiretroviral drug classes: a cohort study. [Lancet Infect Dis. 2012 Feb;12\(2\):119-27](#). doi: 10.1016/S1473-3099(11)70248-1.

Murray M, Hogg RS, Lima VD, May MT, Moore DM, Abgrall S, Bruyand M, D'Arminio Monforte A, Tural C, Gill MJ, Harris RJ, Reiss P, Justice AC, Kirk O, Saag M, Smith CJ, Weber R, Rockstroh J, Khaykin P, Sterne JAC; for the Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). The effect of injecting drug use history on disease progression and death among HIV-positive individuals initiating combination antiretroviral therapy: collaborative cohort analysis. [HIV Med. 2012 Feb;13\(2\):89-97](#). doi: 10.1111/j.1468-1293.2011.00940.x.

Buzon MJ, Erkizia I, Pou C, Minuesa G, Puertas MC, Esteve A, Castello A, Santos JR, Prado JG, Izquierdo-Useros N, Pattery T, Van Houtte M, Carrasco L, Clotet B, Ruiz L, Martinez-Picado J. A non-infectious cell-based phenotypic assay for the assessment of HIV-1 susceptibility to protease inhibitors. [J Antimicrob Chemother. 2012 Jan; 67\(1\):32-8](#). doi: 10.1093/jac/dkr433.

Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Esteve A, Meroño M, González V; REDAN Study Group. Sexually transmitted infections and sexual practices among Injecting Drug Users in Harm Reduction Centers in Catalonia. [Eur Addict Res. 2011;17:271-8](#). doi: 10.1159/000329931.

Fernández-Dávila P, Folch C, Zaragoza Lorca K, Casabona J. Silence and assumptions. Narratives on the disclosure of HIV status to casual sexual partners and serosorting in a group of gay men in Barcelona. [Int J Sex Health. 2011;23:139-55](#). doi: 10.1080/19317611.2011.574785.

Fernández-Dávila P, Zaragoza Lorca K. Trust and sexual interaction: the significance of the Internet on the sex life and sexual risk behaviors of gay and bisexual men in Spain. [Int J Sex Health. 2011;23:120-38](#). doi: 10.1080/19317611.2011.566307.

Pérez A, Giménez M, Sala P, Sierra M, Esteve A, Rodrigo C. Increase in invasive nonvaccine pneumococcal serotypes at two hospitals in Barcelona: was replacement disease to blame? [Acta Paediatr. 2011Dec;100\(12\):1572-5](#). doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02365.x.

Pedrosa E, Carretero-Iglesia L, Boada A, Colobran R, Faner R, Pujol-Autonell I, Palou E, Esteve A, Pujol-Borrell R, Fernández C, Juan M, Carrascosa JM. CCL4L polymorphisms and CL4/CCL4L serum levels are associated with psoriasis severity. [J Invest Dermatol. 2011 Sep;131\(9\):1830-7](#). doi: 10.1038/jid.2011.127.

Carnicer-Pont D, Almeda J, Marin JL, Martínez C, Gonzalez-Soler MV, Montoliu A, Muñoz R, Casabona J; the HIV NADO working group. Unlinked anonymous testing to estimate HIV prevalence among pregnant women in Catalonia, Spain, 1994 to 2009. [Euro Surveill. 2011 Aug 11;16\(32\):pi=19940](#).

Sabido M, Lahuerta M, Montoliu A, Gonzalez V, Hernández G, Giardina F, Monzón JE, Pedroza MI, Casabona J. Human immunodeficiency virus, sexually transmitted infections, and risk behaviors among clients of sex workers in Guatemala: are they a bridge in HIV transmission? [Sex Transm Dis. 2011 Aug;38\(8\):735-42](#). doi: 10.1097/OLQ.0b013e31821596b5.

Bohlius J, Schmidlin K, Boué F, Fätkenheuer G, May M, Caro-Murillo AM, Mocroft A, Bonnet F, Clifford G, Papanizos V, Miró JM, Obel N, Prins M, Chêne G, Egger M; Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe. HIV-1-related Hodgkin lymphoma in the era of combination antiretroviral therapy: incidence and evolution of CD4+ T cell lymphocytes. [Blood. 2011 Jun 9;117\(23\):6100-8](#). doi: 10.1182/blood-2010-08-301531.

Wittkop L, Günthard HF, de Wolf F, Dunn D, Cozzi-Lepri A, de Luca A, Kücherer C, Obel N, von Wyl V, Masquelier B, Stephan C, Torti C, Antinori A, García F, Judd A, Porter K, Thiébaut R, Castro H, van Sighem AI, Colin C, Kjaer J, Lundgren JD, Paredes R, Pozniak A, Clotet B, Phillips A, Pillay D, Chêne G; for the EuroCoord-CHAIN study group. Effect of transmitted drug resistance on virological and immunological response to initial combination antiretroviral therapy for HIV (EuroCoord-CHAIN joint project): a European multicohort study. [Lancet Infect Dis. 2011 May;11\(5\):363-71](#). doi: 10.1016/S1473-3099(11)70032-9.

The Pursuing Later Treatment Options II (PLATO II) project team for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE). Risk of triple-class virological failure in children with HIV. A retrospective cohort study. [Lancet. 2011 May 7;377\(9777\):1580-7](#). doi: 10.1016/S0140-6736(11)60208-0.

The HIV - CAUSAL Collaboration. When to initiate combined antiretroviral therapy to reduce mortality and AIDS-defining illness in HIV-infected persons in developed countries: an observational study. [Ann Intern Med. 2011 Apr 19;154\(8\):509-15](#). doi: 10.1059/0003-4819-154-8-201104190-00001.

Lahuerta M, Sabido M, Giardina F, Hernández G, Palacios JF, Ortiz R, Fernández VH, Casabona J. Comparison of users of an HIV/syphilis screening community-based mobile van and traditional voluntary counselling and testing sites in Guatemala. [Sex Trans Infect. 2011 Mar; 87:136-140](#). doi: 10.1136/sti.2010.043067.

Torner N, Carnicer-Pont D, Castilla J, Cayla J, Godoy P, Dominguez A; Epidemiological Surveillance Working Group of Catalonia and Navarre, Spain. Auditing the management of vaccine-preventable disease outbreaks: the need for a tool. [PLoS One. 2011 Jan 13;6\(1\):e15699](#). doi: 10.1371/journal.pone.0015699.

Barczyk J, García J, Casabona J. The potential contribution of small-scale intervention projects in the field to the national health information system for HIV and sexually transmitted infections: a case study of a multilevel intervention in Guatemala. [Int J Public Health. 2010 Dec; 55\(6\):693-9](#). doi: 10.1007/s00038-010-0179-7.

Corbeto E, Lugo R, Martró E, Falguera G, Ros R, Avecilla A, Coll C, Saludes V, Casabona J. Epidemiological features and determinants for Chlamydia trachomatis infection among women in Catalonia, Spain. [Int J STD AIDS. 2010 Oct;21\(10\):718-22](#). doi: 10.1258/ijsa.2010.010223.

Marshall V, Martró E, Labo N, Ray A, Wang D, Mbisa G, Bagni Rachel K, Volfovsky N, Casabona J, Whitby D; EURO-SHAKS Study Group. Kaposi sarcoma (KS)–associated herpesvirus microRNA sequence analysis and KS risk in a European AIDS-KS case control study. [J Infect Dis. 2010 Oct 1;202\(7\):1126-35](#). doi: 10.1086/656045.

The Opportunistic Infections Project Team of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe (COHERE). Is it safe to discontinue primary *Pneumocystis jiroveci* pneumonia prophylaxis in patients with virologically suppressed HIV infection and a CD4 cell count <200 cells/mL? [Clin Infect Dis. 2010 Sep 1;51\(5\):611-9](#). doi: 10.1086/655761.

Martin-Iguacel R, Llibre JM, Nielsen H, Heras E, Matas L, Lugo R, Clotet B, Sirera G. Lymphogranuloma venereum proctocolitis: a silent endemic disease in men who have sex with men in industrialised countries. [Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2010 Aug;29\(8\):917-25](#). doi: 10.1007/s10096-010-0959-2.

Study Group on Death Rates at High CD4 Count in Antiretroviral Naive Patients. Death rates in HIV-positive antiretroviral-naive patients with with CD4 count greater than 350 cells per μ L in Europe and North America: a pooled cohort observational study. [Lancet. 2010 Jul 31;376\(9738\):340-5](#). doi: 10.1016/S0140-6736(10)60932-4.

Fernández-Lopez L, Rifà B, Pujol F, Becerra J, Pérez M, Meroño M, Zaragoza K, Rafel A, Díaz O, Avellaneda A, Casado MJ, Giménez A, Casabona J. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counselling and Testing sites network of Catalonia, Spain. [Int J STD AIDS. 2010 Jun;21\(6\):388-91](#). doi: 10.1258/ijisa.2008.008459.

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996 - 2006: collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. [Clin Infect Dis. 2010 May 15;50\(10\):1387-96](#). doi: 10.1086/652283.

Folch C, Esteve A, Zaragoza K, Muñoz R, Casabona J. Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain. [Eur J Public Health. 2010 Apr;20\(2\):139-45](#). doi: 10.1093/eurpub/ckp091.

Buzón MJ, Massanella M, Llibre JM, Esteve A, Dahl V, Puertas MC, Gatell JM, Domingo P, Paredes R, Sharkey M, Palmer S, Stevenson M, Clotet B, Blanco J, Martinez-Picado J. HIV-1 replication and immune dynamics are affected by raltegravir intensification of HAART-suppressed subjects. [Nat Med. 2010 Apr;16\(4\):460-5](#). doi: 10.1038/nm.2111.

Pursuing Later Treatment Options II (PLATO II) Project Team for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE). Triple-class virologic failure in HIV-infected patients undergoing antiretroviral therapy for up to 10 years. [Arch Intern Med. 2010 Mar 8;170\(5\):410-9](#). doi: 10.1001/archinternmed.2009.472.

The HIV-CAUSAL Collaboration. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals. [AIDS. 2010 Jan; 24\(1\):123-37](#). doi: 10.1097/QAD.0b013e3283324283

ASSIR	Atenció a la salut sexual i reproductiva
CEEISCAT	Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya
CV	Càrrega viral
DE	Desviació estàndard
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
GARP	Global AIDS Response Progress
HSH	Homes que tenen sexe amb homes
IC	Interval de confiança
Idescat	Institut d'Estadística de Catalunya
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecció de transmissió sexual
LGV	Limfogranuloma veneri
MDO	Malaltia de declaració obligatòria
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONUSIDA	Programa Conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/sida
PCR	Reacció en cadena per la polimerasa
PPAS	Programa per a l'Assistència i Prevenció de la Sida (PPAS)
PPE	Profilaxi postexposició al VIH
RITS	Registre de les infeccions de transmissió sexual de Catalunya
SNMC	Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya
TAR	Tractament antiretroviral
TARGA	Tractament antiretroviral de gran activitat
TS	Treballador/a del sexe
TV	Transmissió vertical
UDVP	Usuari de drogues per via parenteral
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV&AIDS
VHC	Virus de l'hepatitis C
VHS	Virus de l'herpes simple
VIH	Virus de la immunodeficiència humana

VIH i sida a Catalunya

1. Nombre de persones que viuen amb el VIH i la sida. Magnitud i impacte del VIH

1.2. Prevalença del VIH en poblacions clau

Taula 1. Darrers resultats de prevalença de VIH en poblacions sentinella a Catalunya.

Taula 2. Prevalença del VIH en dones embarassades segons àrea geogràfica, Catalunya any 2011.

4. Realització de la prova del VIH

4.4. Acceptabilitat i viabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH a l'atenció primària

Taula 3. Barreres identificades pels professionals d'atenció primària per oferir la prova ràpida del VIH.

5. Quimioprofilaxi, tractament del VIH i impacte

5.2. Resistències als antiretrovirals

Taula 4. Característiques epidemiològiques dels pacients amb mutacions associades a resistències.

5.4. Profilaxis postexposició no ocupacional al VIH

Taula 5. Efectes secundaris en les persones que inicien PPE. Catalunya 2009-2010.

Altres infeccions de transmissió sexual

2. Gonococ

2.3. Resistències antibiòtiques al gonococ

Taula 1. Monitoratge de les resistències antibiòtiques del gonococ a partir de l'SNMC.

Monitoratge de les conductes associades al VIH/ITS

1. Homes que tenen relacions sexuals amb homes

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques dels HSH residents a Catalunya (2010).

Taula 2. Consum d'alcohol i drogues per edat. HSH. Catalunya, 2010.

VIH i sida a Catalunya

1. Nombre de persones que viuen amb el VIH i la sida. Magnitud i impacte del VIH

1.1. Número de persones vivint amb el VIH i prevalença

Figura 1. Número de persones, en milers, vivint amb el VIH. Europa 2009.

Figura 2. Prevalença del VIH (%). Europa 2009.

Figura 3. Distribució per edat i sexe de les persones vivint amb el VIH/sida. Catalunya 2011.

Figura 4. Estimació de la distribució per poblacions clau de les persones vivint amb el VIH entre 15-49 anys. Catalunya 1979 – 2011.

Figura 5. Estimació de la prevalença en poblacions clau de entre 15-49 anys d'edat. Catalunya 2011.

1.2. Prevalença del VIH en poblacions clau

Figura 6. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH en UDVP, Catalunya 1993-2011.

Figura 7. Evolució de la prevalença del VIH en HSH segons grup d'edat. Catalunya, 1995-2008.

Figura 8. Evolució de la prevalença del VIH en dones TS segons país d'origen, 2005-2009.

Figura 9. Evolució de la prevalença del VIH en les dones embarassades. Catalunya 1994-2011.

Figura 10. Evolució de la taxa de positivitat pel VIH en donants de sang. Catalunya 1990-2011.

Figura 11. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH en la població d'interns a centres penitenciaris. Catalunya 1995-2011.

1.3. Incidència del VIH

Figura 12. Estimacions de la incidència del VIH en la població general entre 15 i 49 anys d'edat, Catalunya 2003-2011.

1.4. Esperança de vida, supervivència i causes de mortalitat

Figura 13. Anys potencials de vida perduts d'1 a 70 atribuïbles a les principals causes de mortalitat. Catalunya, 1999-2010.

Figura 14. Esperança de vida segons grups de transmissió en pacients en TAR entre 2006 i 2011, Cohort PISCIS.

1.5. Projeccions

Figura 15. Estimació i projecció del nombre de persones vivint amb el VIH. Catalunya 1978-2017.

2. Diagnòstics de VIH/sida

2.1. Diagnòstics de VIH

Figura 16. Taxa de diagnòstic de VIH per 100.000 habitants a Europa l'any 2011.

Figura 17. Freqüència i taxes de nous diagnòstics de VIH. Registre de VIH de Catalunya, 2001-2011.

Figura 18. Distribució dels diagnòstics de VIH per sexe i grup d'edat. Registre de VIH de Catalunya, 2011.

Figura 19. Evolució dels nous diagnòstics de VIH segons origen. Registre de VIH de Catalunya, 2001-2011.

Figura 20. Evolució dels diagnòstics de VIH segons grups de transmissió i sexe. Registre de VIH de Catalunya, 2001-2011.

2.2. Infeccions recents i subtipus

Figura 21. Proporció d'infecció recent en grups seleccionats, Catalunya 2006-2011.

Figura 22. Evolució de la proporció de nous diagnòstics de VIH amb infecció recent. Catalunya 2006-2009.

2.3. Diagnòstic tardà

Figura 23. Evolució del diagnòstic tardà i malaltia avançada en els nous diagnòstics de la Cohort PISCIS, 1998-2011.

2.4. Diagnòstics de la sida

Figura 24. Evolució del percentatge de diagnòstic tardà segons via de transmissió en els nous diagnòstics de la Cohort PISCIS, 1998-2011.

Figura 25. Evolució anual dels casos de sida residents a Catalunya, 1981-2011.

2.5. La infecció pel VIH/sida a Barcelona

Figura 26. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH i sida residents a Barcelona, 1988-2011.

Figura 27. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons sexe i via de transmissió. Residents a Barcelona, 2001-2011.

3. VIH i co-infeccions

3.1. Tuberculosi, Pneumocistis jirovecii i altres infeccions oportunistes

Figura 28. Evolució de la incidència de les principals malalties indicatives de SIDA. Cohort PISCIS, 1998-2011.

3.2. Virus de l'Hepatitis C

Figura 29. Evolució de la coinfecció pel VHC a la inclusió a la cohort en pacients amb un nou diagnòstic de VIH, Cohort PISCIS 1998-2011.

Figura 30. Freqüència acumulada de coinfecció pel VHC al llarg del seguiment en pacients amb un nou diagnòstic de VIH, Cohort PISCIS 1998-2011.

Figura 31. Evolució de la coinfecció amb VHC a la inclusió a la cohort en pacients amb un nou diagnòstic de VIH segons vies de transmissió, Cohort PISCIS 1998-2011.

3.3. Hepatitis B

Figura 32. Evolució de la coinfecció pel virus de l'hepatitis B a la inclusió a la cohort en pacients amb un nou diagnòstic de VIH - Cohort PISCIS, 1998-2011.

4. Realització de la prova del VIH

4.1. Número de proves diagnòstiques del VIH realitzades

Figura 33. Evolució de la taxa de proves de VIH per 1.000 habitants.

Figura 34. Estimació de la taxa de proves diagnòstiques per Regió Sanitària. Catalunya 2011.

Figura 35. Taxa de proves de VIH per 1.000 habitants a Europa, 2011.

Figura 36. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de proves positives. Xarxa de laboratoris hospitalaris i d'atenció primària de Catalunya, 1993-2011.

Figura 37. Nombre de proves anti-VIH realitzades i percentatge de positives. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH. 1995-2010.

4.2. Característiques de les persones que demanen la prova del VIH i dels positius detectats en els centres alternatius d'oferta de la prova

Figura 38. Percentatge de proves diagnòstiques del VIH declarades i percentatge de positives. Distribució per edat i sexe. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2010.

Figura 39. Evolució de la distribució de proves realitzades i de proves positives segons grup de transmissió. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2010.

Figura 40. Evolució anual del percentatge de proves positives detectades segons grup de transmissió. Centres alternatius d'oferta de la prova del VIH, 1995-2010.

4.3. Cobertura de la prova diagnòstica en grups amb conductes d'alt risc

Figura 41. Percentatge d'HSH que s'han realitzat la prova del VIH en els últims 12 mesos i han recollit els resultats, a Europa.

Figura 42. Cobertura de la prova diagnòstica del VIH en poblacions amb conductes d'alt risc.

4.4. Acceptabilitat i viabilitat de la prova ràpida pel diagnòstic del VIH a l'atenció primària

Figura 43. Distribució de criteris d'oferta de la prova ràpida del VIH per part dels metges de família.

Figura 44. Professional que realitzaria la prova ràpida i el consell assistit.

5. Quimioprofilaxi, tractament del VIH i impacte

5.1. Tractament de la infecció pel VIH

Figura 45. Evolució anual de la pauta d'inici de TAR i proporció de pacients amb CV indetectable a la Cohort PISCIS- 1998 – 2011.

5.2. Resistències als antiretrovirals

Figura 46. Nombre de mutacions associades a resistències, per família de fàrmac.

5.3. Transmissió vertical

Figura 47. Evolució de la taxa de TV. NENEXP, 2000-2009.

Altres infeccions de transmissió sexual

1. Sífilis infecciosa i congènita

1.1. Nous diagnòstics

Figura 1. Evolució dels casos de sífilis. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 1985-2011.

Figura 2. Distribució dels casos de sífilis per sexe i grup d'edat. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2011.

Figura 3. Evolució dels casos de sífilis segons orientació sexual. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.

1.2. Declaració microbiològica

Figura 4. Evolució anual de deteccions de *Treponema pallidum* declarades a l'SNMC, 1996-2011.

2. Gonococ

2.1. Nous diagnòstics

Figura 5. Evolució dels casos de gonocòccia. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 1992-2011.

Figura 6. Distribució dels casos de gonocòccia per sexe i grup d'edat. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2011.

Figura 7. Evolució dels casos de gonocòccia segons orientació sexual. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.

2.2. Declaració microbiològica

Figura 8. Evolució anual de les deteccions de *Neisseria gonorrhoeae* declarades a l'SNMC, 1996-2011.

2.3. Resistències antibiòtiques al gonococ

Figura 9. Evolució de les resistències antibiòtiques del gonococ declarades voluntàriament a l'SNMC.

3. Limfogranuloma veneri

3.1. Nous diagnòstics

Figura 10. Evolució dels casos d'LGV. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.

Figura 11. Distribució dels casos d'LGV per sexe i grup d'edat. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2011.

Figura 12. Evolució dels casos d'LGV segons quadrisetmana epidemiològica. Registre d'MDO individualitzada de Catalunya, 2007-2011.

4. Infecció genital per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K

4.1. Nous diagnòstics

Figura 13. Evolució dels casos d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis* serovarietats D-K. Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 1992-2011.

Figura 14. Distribució dels casos d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis* D-K per sexe i grup d'edat. RITS, 2011.

Figura 15. Evolució dels casos d'infecció per *Chlamydia trachomatis* segons orientació sexual. RITS, 2008-2011.

4.2. Declaració microbiològica

Figura 16. Evolució anual de les deteccions de *Chlamydia trachomatis* declarades a l'SNMC, 1996-2011.

4.3. Prevalença

Figura 17. Evolució de la prevalença de *Chlamydia trachomatis* en població jove. Catalunya, 2007-2011.

Figura 18. Evolució de la prevalença de *Chlamydia trachomatis* en dones TS segons país d'origen. Catalunya, 2005-2009.

5. Infecció pel virus de l'herpes simple genital

5.1. Nous diagnòstics

Figura 19. Evolució dels casos d'infecció genital pel VHS. Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.

Figura 20. Distribució dels casos d'infecció genital pel VHS per sexe i grup d'edat. RITS de Catalunya, 2011.

Figura 21. Evolució dels casos d'infecció genital pel VHS segons orientació sexual. RITS de Catalunya, 2008-2011.

5.2. Declaració microbiològica

Figura 22. Evolució anual de les deteccions de VHS genital declarades a l'SNMC, 1996-2011.

6. Infecció pel virus del papil·loma humà: condiloma acuminat o berruga anogenital

6.1. Nous diagnòstics

Figura 23. Evolució dels casos de condiloma acuminat. Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.

Figura 24. Evolució dels casos de condiloma acuminat. Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.

Figura 25. Evolució dels casos de condiloma acuminat segons orientació sexual. RITS de Catalunya, 2008-2011.

7. Infecció per *Trichomonas vaginalis*

7.1. Nous diagnòstics

Figura 26. Evolució dels casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis*. Registre d'MDO numèrica de Catalunya, 2007-2011.

Figura 27. Distribució dels casos d'infecció per *Trichomonas vaginalis* per sexe i grup d'edat. RITS de Catalunya, 2011.

7.2. Declaració microbiològica

Figura 28. Evolució anual de les deteccions de *Trichomonas vaginalis* declarades a l'SNMC, 1996-2011.

Monitoratge de les conductes associades al VIH/ITS

1. Homes que tenen relacions sexuals amb homes

Figura 1. Freqüència d'ús del preservatiu en la darrera relació sexual amb penetració amb una parella masculina (últims 12 mesos). HSH (2010).

Figura 2. Consum d'alcohol i drogues per edat. HSH. Catalunya, 2010.

2. Dones treballadores del sexe

Figura 3. Evolució de la prevalença de relacions sexuals desprotegides amb parelles estables i clients segons país d'origen (6 mesos previs). Dones TS (2005-2009).

3. Usuaris de droga per via parenteral

Figura 4. Prevalença d'ús consistent del preservatiu segons tipus de parella sexual en UDVP (6 mesos previs).

Figura 5. Prevalença de compartir material per a la injecció de drogues en UDVP (últims 6 mesos).

4. Joves

Figura 6. Freqüència d'ús del preservatiu segons tipus de parella i segons pràctica sexual en joves interns en centres penitenciaris.

Figura 7. Percepció de risc per contraure una ITS en joves interns en centres penitenciaris.

5. Persones VIH-positives

Figura 8: Índex de risc sexual entre HSH i heterossexuals amb nou diagnòstic de VIH.

Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH/sida i de les infeccions de transmissió sexual

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències en Salut Pública

Direcció General de Salut Pública. (J.M. Jansà, Pere Godoy, G. Carmona, M. Oviedo, P. Ciruela, S. Hernández).

Unitats de vigilància epidemiològica

UVE Barcelonès Nord i Maresme (J. Álvarez, I. Parrón); UVE Barcelona - Zona Sud (I. Barrabeig); UVE Vallès Occidental Vallès Oriental (R. Sala); UVE Regió Catalunya Central (R. Torra, M. Carol); Serveis Territorials de Salut a Girona (N. Camps, M. Company); Serveis Territorials de Salut a Lleida (P. Godoy, A. Artigues); Serveis Territorials de Salut a Tarragona (S. Minguell); Serveis Territorials de Salut a Terres de l'Ebre (G. Ferrus); ASPB (J.A. Caylà, P. Garcia de Olalla, R. Clos); Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. Departament de Justícia (R.A. Guerrero, V. Humet).

Dades de mortalitat

Registre de Mortalitat del Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. DS (R. Gispert, A. Puigdefàbregas, G. Ribas).

Laboratoris de referència

Servei de microbiologia. HUGTIP (V. Ausina, V. González, L. Matas, E. Martró, D. Sánchez).

HIVNADO

Unitat de Cribratge Neonatal. IBCCDB. Corporació Sanitària Clínic (J.L. Marin, A. Maya, M. Puliol, F. Borja, C. Martínez).

HIVIVES

Unitat de Cribratge Neonatal. IBCCDB. Corporació Sanitària Clínic (J.L. Marin, A. Maya, M. Puliol, F. Borja, C. Martínez); Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. DS (R. Gispert, J.J. Coll, R. Bosser, M.M. Torne, M. Femenias); Clínica d'Ara-Tutor Mèdica (S. Barambio, J. Fernandez, R.M. Boj, Y. Trejo); Clínica E.M.E.C.E. (M. Sánchez); Centro Casanova de Ginecología y Planificación, S.A. (R. Novo, M. Palma).

HIVSANG

Laboratori de Seguretat Transfusional. Banc de Sang i Teixits. Edifici Vall d'Hebron (S. Sauleda)

HIVUDVP

Unitat de Coordinació de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. DS (J.M. Suelves, X. Ayneto).

HIVPRESO

Direcció General de Serveis Penitenciaris de Catalunya (R. Guerrero, M.V. Humet)

SIALON

Aquest estudi forma part del projecte "Capacity building in HIV/Syphilis prevalence estimation using non-invasive methods among MSM in Southern and Eastern Europe". Participants: República Txeca, Grècia, Itàlia, Romania, Eslovàquia, Eslovènia, Espanya i EU/DGSANCO, de l'European Commission under the Public Health Programme 2003-2008.

Participants a Catalunya: Servei de microbiologia. HUGTIP; Associació Stop Sida (K. Zaragoza, R. Muñoz, P. Fernández i entrevistadors: Blai, Jano, Lluís, Miquel).

REDAN 2010-11

Associació Àmbit Prevenció (M. Meroño, A. Altabas); ASPB (T. Brugal, A. Espelt, C. Vecino); Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. DS (X. Majó, J. Colom); Servei de microbiologia. HUGTIP (V. González, E. Bascuñana, V. Ausina); altres Centres de Reducció de Danys (Àmbit Prevenció; SAPS, Baluard, "El Local" Sant Adrià; AEC-Gris Hospitalet / PIGAD; Asaupa'm Badalona i

Santa Coloma; CAS Reus, AIDE Terrassa, Alba Terrassa, Arrels Lleida; Creu Roja Constantí, IAS Girona, CADO Vic) i entrevistadors (A. Garcia, DI. Toledo, C. Stanesco, P. Sánchez, E. Rodriguez, M. Aladesa, P. Freixa, L. Serra, S.I. Moreira, L. Virgili, S. Ben Alaya, C. Lazar, K. Cornejero).

HIVITS-TS 2009

Associació Àmbit Prevenció (C. Sanclemente, C. Lazar i entrevistadores: C. Lazar, M. Bessa, M. Castro, K. Conejero, S. Lopez, C. Rives, D. Faixó, A. Rafel, B. Alsina, C. Benítez, M. Melgosa, S. Notor, S. Moreira, S. Sendyk, A. Font, L. Gómez, E. López) i les associacions Antisida de Lleida, Programa Carretera (Hospital Sant Jaume de Calella), ACAS de Girona, Actua Vallès i Creu Roja, Tarragona.

HIVUDVPT

Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. DS (J.M. Suelves, X. Ayneto).

RITS

Equips d'Atenció Primària (EAP)

Alt Pirineu

LA CERDANYA- CAP Cerdanya (Bàrbara Fontecha Valero)

Camp de Tarragona

TARRAGONA 4- CAP Santa Tecla-Llevant (Santiago Borrás Freixas, Judith Montoya Fernández Del Campo, Carme Nolla Sabate); SALOU- CAP Salou (Maria Carmen Rubio Rivas); VILA-SECA- CAP Vila-seca (Adelina Fallada Pouget)

Terres de l'Ebre

TORTOSA 2 OEST- CAP Baix Ebre (Gemma Batlle Escolies)

Girona

SALT 2- CAP Alfons Moré i Paretas (Maria Dolores Rivero Gemar)

Catalunya Central

NAVARCLES/SANT FRUITÓS DE BAGES- CAP Sant Fruitós de Bages (Xavier Puigdemongolas Armengol); VIC 2 SUD- CAP El Remei (Pilar Aguila Pujols, Roger Codinachs Alsina)

Barcelona

BARCELONA 3C- CAP Doctor Carles Ribas (Maria Amparo De La Poza Abad); BARCELONA 6C- CAP Larrard (Silvia Barro Lugo, Jose Manuel Casermeiro Cortes, Francisco Diaz Gallego, Maria Celina Prado Moyano, Antoni Santiveri Villuendas); BARCELONA 7B- CAP Sardanya (Albert Casasa Plana, Jaume Sellares Sallas); BARCELONA 10H- CAP Sant Martí (Beatriz Escorihuela Martinez)

Metropolitana Nord

ARENYS DE MAR- CAP Areyns de Mar (Raquel Hueso); MATARÓ 1- CAP La Riera (Mataró) (Palmira Paulo Burguete); PREMIÀ DE MAR- CAP Premià de Mar (Anna Valls Martínez) ; SANTA COLOMA DE GRAMENET 5- CAP Santa Rosa (Susanna Montesinos Sanz); SANTA COLOMA DE GRAMENET 5- Unitat de Salut Internacional Metropolitana Nord (Lluís Valerio Sallent); VILASSAR DE MAR- CAP Guillem Masriera i Guardiola (Maria Carmen Viñes Silva, Jana Gerhard Pérez); SANT ADRIÀ BESÒS 2- CAP La Mina (Jose Miguel Baena Diez, Manuel Garcia Lareo, Juan Manuel Mendive Arbeloa); CALELLA- CAP Calella (Susanna Curos Torres); MALGRAT DE MAR- CAP Josep Torner i Fors (Montserrat Tejedor Robledo)

Metropolitana Sud

L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 8- CAP La Florida (Ricard Carrillo Muñoz, Juanjo Mascort Roca); L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 11- CAP Gornal (Celia Pérez Olivera); CASTELLDEFELS 2- CAP Can Bou (M^a José Jareño Sanz, Víctor Manuel Silvestre Puerto); VILANOVA I LA GELTRÚ 3- CAP Baix-a-Mar (Jordi Milozzi Berrocal, Gemma Torrell Vallespin)

Programa Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR)**Lleida**

ASSIR Lleida (ICS)- CAP Prat de La Riba (Maria José Garrofe Peiron, Marcel·lí Huguet Samper)

Girona

ASSIR Baix Empordà (CABE)- Hospital de Palamós (Diego Meza Mejias, Eliana Castañeda, Daniel Pérez Pleguezuelo, Rashid Omar Hanoun, Eva Maria Vicedo Madrazo, Jose Manuel Marqueta Sanchez, Edouard Apalimov, Eulalia Folch Borrás, Maria Luisa Monje Beltran, Elena Lineros Oller, Veronica Marquez Expósito, Emmanuel I. Lugo Carrillo, Mariona Veciana Colillas (MIR), Sara Montserrat Iglesias Ferreiro (MIR), Paula Clavillo Pañell, Veronique Moens); ASSIR Baix Empordà (CABE)- CAP La Bisbal d'Empordà (María Eugenia Cesar Olmos); ASSIR Baix Empordà (CABE)- CAP Torroella de Montgrí (María Eugenia Cesar Olmos); ASSIR Baix Empordà (CABE)- CAP Catalina Cargol (Palamós) (Eulalia Folch Borrás); ASSIR Baix Empordà (CABE)- CAP Josep Alsina i Bofill (Palafrugell) (Elena Lineros Oller, Emmanuel I. Lugo Carrillo); ASSIR Baix Empordà (CABE)- CAP Sant Feliu de Guíxols (Veronica Marquez Expósito); ASSIR Baix Empordà (CABE) (Ana Garatea, Isabel Rios)

Catalunya Central

ASSIR Anoia (ICS)- CAP Anoia (Rocio Hernandez Beltran); ASSIR Anoia- Hospital D'Igualada (Tamara Garcia Grandal, Jennifer Rovira Pampalona); ASSIR Bages (ICS)- CAP Bages (Rosa Forn Guilanya, Rosa Oller Bellmunt, Carmen Ramos Rastro); ASSIR Berguedà (ICS)- CAP Berguedà (Aurora Benavidez Hernandez, Concepcio Comellas Martinez, Celia Rincon Bonet); ASSIR Berguedà- Hospital St. Barnabé (Zully Liliana Colman Pereira); ASSIR Osona (ICS)- CAP Osona (Josep Grau Galtés, Judit Tarres, Assumpta Montpeyo, Teresa Farguell Grau, Rosada Garcia-Moreno, Cesar Blasco, Angelica Masoliver Jordana, Rosa Subirats Alberich)

Barcelona

Àmbit Barcelona Ciutat: (Cristina Martínez Bueno); ASSIR Esquerra (ICS)- CAP Manso (M. Rosa Almirall Oliver, Elisabet Grau Civit, Luciano Caccioppoli, Julia Cid Vaquero, Otto Eddy Giler); ASSIR Esquerra (ICS)- CAP Dr. Carles Ribas (Ascension Diez Melendez, Jordi Xandri Casals); ASSIR Esquerra (ICS)- CAP Numància (Carme Seguí Santana, Agustina Rodas Jorda, Nuria Domínguez Palicio, Anna Payaró Llisteri); ASSIR Litoral (Parc Salut MAR)- CAP Dr. Lluís Sayé (Maria Vilamala Muns, Silvia Vera Garcia); ASSIR Litoral (Parc Salut MAR)- CAP Gòtic (Àngels Ramirez Hidalgo, Mercè Padró Matarrodona, Josefina Gimeno Banus); ASSIR Litoral (Parc Salut MAR)- CAP Sant Martí - El Clot (Manuel Honrrado Eguren); ASSIR Litoral (Parc Salut MAR)- CAP Vila Olímpica (Elisa Laso Perez); ASSIR Litoral (Parc Salut MAR)- CAP Barceloneta (Sergio Haimovich)

Metropolitana Nord

ASSIR Maresme (ICS)- CAP LA LLÀNTIA (Carme Coll Capdevila, Alfonso de Castro Lezcano, Alfonso Tirado Canals); ASSIR Badalona (BSA)-CASSIR BSA (Àngels AVECILLA Palau, Montserrat De Sebastian Sanchez, Isabel Ferré De Diego, Mercè Teixidó Famades, Diana Mateo Lara, Maria del Socorro Ferrero Barrio); ASSIR Cerdanyola/Ripollet (ICS)- CAP Cerdanyola-Ripollet (Amelia Acera Perez, Rita Contero Lebrón, Diego Rodriguez Capriles, Pilar Soteras Guasch, Mireia Lluïcia Amorós, Ana M^a Carceles Aguirre, Nydia Astrid Sanchez Garcia, Margarita Robert Ribosa); ASSIR Granollers (ICS)- CAP Vallès Oriental (Silvia Corchs Cutura, Dolors Guix Llistuela, Joana Relat Llavina, Cristina Serra, Maria Jose Vila Lopez, Assumpta Prats Oliveras, Encarnación Gascón Navarro); ASSIR Mollet del Vallès- Hospital de Mollet (M. Jose Ayuso Campos, Encarnacion Lopez Gimeno); ASSIR Rubí/Sant Cugat/Terrassa (Mutua Terrassa)-CAP Rambla (Joana Jimenez Quesada, Olga Ezquerro Rodriguez, Xavier Urquizu Brichs, Engràcia Coll Navarro); ASSIR Sabadell (ICS)- CAP Sant Fèlix (Montse Abella Jove, Gemma Falguera Puig, Edith López Grado, Àngels Yus Blasco, Josep Sobrino Solano, Vicente Ila Bruned, Pilar Sola Cebria, Montserrat Villanueva Guevara, Bibiana Morillas, Elisabet Ruiz Andorra, Maria Carmen Uyá Pons)

UITS**Camp de Tarragona**

UITS- CAP Jaume I (Tarragona) (Josep Boronat Hidalgo)

Barcelona

UITS- CAP Drassanes (Maidar Arando Lasagabaster, Pere Armengol Egea, M^a Jesús Barberá Gracia, Martí Vall Mayans, Álvaro Vives Suñé, Miguel Cajal, Clara Martín Callizo, Gemma Torrell, Euba Ugarte); UITS- Servei d'Andrologia- Fundació Puigvert (Álvaro Vives Suñé); Servei Dermatologia- Hospital Clínic de Barcelona (Carlos Muñoz Santos, Sara Pedregosa Fauste, Mercè Alsina Gibert)

CT/NG-PRESONS

Direcció General de Serveis Penitenciaris de Catalunya (R. Guerrero, M.V. Humet); Centre penitenciar de Dones de Barcelona (C. Sanchez, T. Quiroga); Centre Penitenciar de Joves (M^aJ. Leal, M. Alvarez), Centre penitenciar Brians 1 (N.Teixidó, J.Larino)

CT/NG-ASSIR

ASSIR CAP II Prat de la Riba, Lleida (M^aJ. Garrofé), ASSIR Hospital de Palamós, Palamós (E. César, E. Folch), ASSIR BSA Mare de Deu de Llorda, Badalona (A. Avecilla, M. de Sebastián, M. Teixido), ASSIR Mataró-Maresme, Mataró (A. de Castro, I. Gonzalez), ASSIR CAP II Sant Fèlix, Sabadell (R. Espelt, M. Abella, G. Falguera), ASSIR CAP II Cerdanyola-Ripollet, Ripollet (A. Acera, M. Robert, A. Cárceles, N.A. Sánchez, M. Robert, M. Llucià, P. Soteras, A. Cuenca, S. Mesa), ASSIR CAP Osona, Vic (J. Tarres, J. Grau), ASSIR Bages-Solsonès, Manresa (N. Crespo, P. Piqué), ASSIR Terrassa, Terrassa (M^ai. Cayuela), ASSIR Mollet, Mollet del Vallès (E. López, M. Manzanares, E. Adarve, A. Torrent), ASSIR Granollers, Granollers (D. Guix), ASSIR Esquerre, Barcelona (C. Seguí, J. Xandri, R. Almirall, F. Valenzuela, A. Payaró, L. Zamora, C. Piorno, M. Roure, G. Labay, R. Astudillo, X. Diez, E. Picola, R. Escriche), Centre de salut per a Joves de l'hospitalet, Hospitalet del Llobregat (E. Arranz), Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, CJAS, Barcelona (I. Campo, R. Ros), Centre Jove de salut, Girona (M. Hernandez, C. Fornells).

Monitoratge de la prevenció del VIH i dels comportaments**EMIS**

Enquesta Europea per Internet dirigida a homes que tenen relacions sexuals amb homes (European MSM Internet Survey (EMIS)) forma part d'un projecte multicèntric, finançat per la Comissió Europea (UE- Programa de Salut 2008-2013). Els participants associats: Alemanya, Itàlia, Països Baixos, Regne unit i Espanya.

REDAN 2010-11

Associació Àmbit Prevenció (M. Meroño, A. Altabas); ASPB (T. Brugal, A. Espelt, C. Vecino); Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. DS (X. Majó, J. Colom); Servei de microbiologia. HUGTIP (V. González, E. Bascuñana, V. Ausina); altres Centres de Reducció de Danys (Àmbit Prevenció; SAPS, Baluard, "El Local" Sant Adrià; AEC-Gris Hospitalet / PIGAD; Asaupa'm Badalona i Santa Coloma; CAS Reus, AIDE Terrassa, Alba Terrassa, Arrels Lleida; Creu Roja Constantí, IAS Girona, CADO Vic) i entrevistadors (A. Garcia, DI. Toledo, C. Stanescu, P. Sánchez, E. Rodriguez, M. Aladesa, P. Freixa, L. Serra, S.I. Moreira, L. Virgili, S. Ben Alaya, C. Lazar, K. Cornejo).

HIVITS-TS 2009

Associació Àmbit Prevenció (C. Sanclemente, C. Lazar i entrevistadores: C. Lazar, M. Bessa, M. Castro, K. Conejero, S. Lopez, C. Rives, D. Faixó, A. Rafel, B. Alsina, C. Benítez, M. Melgosa, S. Notor, S. Moreira, S. Sendyk, A. Font, L. Gómez, E. López) i les associacions Antisida de Lleida, Programa Carretera (Hospital Sant Jaume de Calella), ACAS de Girona, Actua Vallès i Creu Roja, Tarragona.

Estudi de les conductes sexuals en joves

Programa Intermunicipal Drogodependències Alt Maresme (Mar Latorre); Ajuntaments de: Calella, Pineda de Mar, Sta Susanna, Malgrat, Palafolls i Tordera; Diputació de Barcelona; Enquestadora: Montserrat Valls

Monitoratge del diagnòstic del VIH

Laboratoris de Catalunya (HIVLABCAT)

Servei d'Anàlisis Clíniques, Hospital Universitari Arnau de Vilanova (J. Farré); Laboratori Clínic Tarraco (A. Vilanova, L. Guasp, C. Sarvisé; C. Molina); Laboratori Clínic CAP Just Oliveres, L'Hospitalet (E. Dopico); Laboratori Clínic Barcelonès Nord i Vallès Oriental (J. Ros, C. Guardiola); Laboratori Clínic Bon Pastor (R. López); Laboratori Clínic Manso (I. Rodrigo); Consorci Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf (A. Bosch, M.A. Benítez); Servei de Microbiologia, Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (J. Joven); Laboratori de Referència Sud, Reus (J.M. Simó); Servei d'Hematologia, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (X. Ortin); Laboratori d'anàlisis clíniques. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (M.J. Ferri); Servei d'anàlisis clíniques, Hospital Sant Jaume de Calella (I. Caballé, J. Massa); Servei de Microbiologia, Hospital de Mataró (G. Sauca); Servei de Microbiologia, HUGTIP (L. Matas); Laboratori de Microbiologia, Hospital Universitari de Bellvitge (A. Casanova); Laboratori de Microbiologia, Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (M.A. Gasos); Servei de bioquímica, Hospital General de Granollers (M.C. Villà); Laboratori de microbiologia, Hospital General de Vic (J.M. Euras); Hospital General de Manresa (J. Franquesa); Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, Fundació Altaia (M. Morta); Laboratori d'immunologia, Corporació Sanitària Parc Taulí (M.J. Amengual); Laboratori de microbiologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (N. Margall); Laboratori de microbiologia, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (T. Pumarola, J. Costa); Laboratori de microbiologia, Laboratori de Referència de Catalunya (M. Salvador); Servei de Microbiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Caballero); Laboratori de anàlisis Dr. Echevarne (J. Huguet).

Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya (HIVDEVO)

CJAS (R. Ros, A.M. Gutiérrez; M. Pérez; M.P. Oliver); SAPS (E. Juárez, O. Díaz, E. Adan; L. Andreu); Stop-Sida (J. Bonilla; A. Morales); Associació Anti-Sida de Lleida (N. Barberà, A. Binaixa, A. Rafel); ACASC (E. Caballero, J. Becerra, L.A. Leal; J. Quezadas); Actua Vallès (A. Avellaneda, M. Sité, B. Alsina; E. Artigas); Projecte dels Noms (J. Saz, F. Pujol, M. Meulbroeck); Associació Àmbit Prevenció (M. Meroño, C. Jacques, C. Lazar, S. Silva); Gais Positius (V. Mateu, J. Roqueta; R. Araneda; A. Pazos); ACAS Girona (A. Lara).

COBEMB

Hospital Clínic i Maternitat, Barcelona (R. Ros, V. Cararach, S. Pisa); Hospital de Sant Joan de Déu (J.M. Lailla, I. Bombi, E. Gómez); HUGTIP (O. Gamisans, A. Asensio, M. Luna); Hospital de Terrassa (J. Sáez, M. Aznar, C. Rigau); Corporació Sanitària Parc Taulí (C. Foradada, C. Grau, S. Moros); Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona (R.M. Miralles, E. Aguilar, E. Segura); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (M. Muñoz, E. de Diego, A. González); Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (J. Sabria, A. Montells); Hospital de Barcelona (C. Humet, C. Vila); Institut Universitari Dexeus (J. Mallafre, A. Suris, X. Murciano).

Altres projectes

Cohort PISCIS

Hospital Clínic – IDIBAPS (J.M. Miró, C. Manzardo, L. Zamora, J.L. Blanco, F. Garcia-Alcaide, E. Martínez, J. Mallolas, J.M. Gatell); Hospital Universitari de Bellvitge (D. Podzamczar, E. Ferrer, M. Saumoy, [JM. Tiraboschi](#), [A. Imaz](#), F. Bolao, C. Cabellos, C. Peña, S. DiYacovo); Hospital Universitari Son Espases (J. Murillas, M. Riera); Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (C. Tural, B. Clotet, JM. Llibre, G. Sirera, J. Romeu, A. Jou, E. Negredo, C. Miranda); Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí (F. Segura, G. Navarro, M. Sala, M. Cervantes, M.J. Amengual, M. Navarro, V. Segura); Hospital de Mataró (L. Force, P. Barrufet); Consorci Hospitalari de Vic (J. Vilaró); Hospital de Palamós (A. Masabeu); Hospital General de L'Hospitalet (I. García); Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (M. Guadarrama, J. Molina, M. Alvaro, J. Mercadal); Hospital Son Llàtzer (C. Cifuentes, T. Payeras, F. Homar); Hospital Universitari Mútua de Terrassa (D. Dalmau, À. Jaen); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (P. Domingo); Hospital Universitari Vall d'Hebron (V. Falcó, A. Curran).

AERIVIH

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (J.M. Miró, O. Sued, T. Pumarola, E. de Lazzari); Fundació IrsiCaixa (B. Clotet, L. Ruiz, T. Puig).

Laboratoris

Laboratori Clínic Manso. Barcelona (I. Rodrigo); Laboratori Clínic Cornellà de Llobregat (R. Navarro); Laboratori Clínic El Maresme (C. Rovira); Consorci Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf (M.Á. Benítez, A. Cebollero); Hospital Clínic - IDIBAPS (T. Pumarola); Hospital Universitari de Bellvitge – Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) (A. Casanova); HUGTIP (E. Martró, L. Matas, V. González, V. Ausina); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Caballero); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (N. Margall); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (J. Farré); Hospital de Mataró (M.G. Sauca); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (X. Ortín); Corporació Sanitària Parc Taulí (M.J. Armengual); Hospital de Palamós (J.M. Prats); Hospital General de Vic (M. Navarro); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (J.M. Simó); Hospital General de l'Hospitalet (E. Márquez); Hospital General de Granollers (M.C. Villa).

Clínic

Hospital Clínic - IDIBAPS (J.M. Miró, F. Agüero, O. Sued, M. López-Diéguez, C. Manzardo, J.M. Gatell); Hospital Universitari de Bellvitge – IDIBELL (E. Ferrer, D. Podzamczar); HUGTIP (C. Tural, B. Clotet); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Ribera); Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (J.M. Guadarrama); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (P. Domingo, M.M. Gutiérrez, M.G. Mateo, J. Martínez); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (T. Puig); Hospital de Mataró (P. Barrufet, L. Force); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (A. Ortí); Corporació Sanitària Parc Taulí (G. Navarro, F. Segura); Hospital de Palamós (À. Masabeu); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (B. Coll, C. Alonso Villaverde); Hospital General de l'Hospitalet (I. Garcia); Hospital Ramon y Cajal, Madrid (C. Gutiérrez); Hospital General de Granollers (S. Montull).

Community-based testing sites

Laboratori Sabater Tobella (R. Sala); SAPS - Creu Roja, Barcelona (O. Díaz, E. Adan); Associació Stop Sida (J. Bonilla, A. Morales); Projecte dels Noms – Joves positius, Barcelona (F. Pujol, J. Saz, M. Meulbroek); Associació Àmbit Prevenció, Barcelona (M. Meroño, S. Silva, C. Lazar); ACASC (J. Becerra, L. Leal); CJAS (R. Ros, A. Gutiérrez, M. Pérez); Actua Vallès (B. Alsina, A. Avellaneda, M. Sité); Gais Positius (J. Roqueta, V. Mateu, R. Araneda).

ÍTACA

Hispanosida (F. Pujol, M. Meulbroek, H. Taboada, J. Saz, E. Diezel, J. Montilla); Empresa Q-Soft; entrada de dades (Hispanosida).

NONOPEP

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (J.M. Gatell, F. Garcia, A. León); Hospital Universitari de Bellvitge (J.M. Ramon, C. Micheo); Hospital Universitari Vall d'Hebron (M. Campins, J.A. Rodriguez, X. Martinez).

Projecte HPV-PISCIS

Laboratori de Referència. Institut Català d'Oncologia (S. de Sanjosé, B. Lloveras, M. Oliveras, J. Godínez, J.E. Klaustermeier); Hospital Clínic - IDIBAPS (J.M. Miró, M. Loncà, M. López-Diéguez, A. Torné, M. Sánchez, M. Redondo); Hospital Universitari de Bellvitge (D. Podzamczar, E. Ferrer, D. Martí Cardona, E. Fernández); HUGTIP (C. Tural, G. Sirera, A. Tarrats, C. Alcalde); Corporació Sanitària Parc Taulí (F. Segura, G. Navarro, M. Navarro, Y. Canet); Hospital de Mataró (L. Force, J. Solé); Hospital de Palamós (A. Masabeu, J.M. Marqueta); Hospital General de l'Hospitalet (I. Garcia, J. Mohamed Yahadih, N. Pons, C. Oses); Hospital Alt Penedès de Vilafranca (M. Guadarrama, I. Cuenca); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (P. Domingo, M.A. Sambeat, C. Vanrell, M. Macià).

NENEXP

Consorci Sanitari Clínic - Sant Joan de Déu (C. Fortuny, J.M. Pérez, J.M. Boguna, A. Noguera); Hospital Universitari Vall d'Hebron (M.C. Figueras, M. Casellas, P. Soler, A. Martín); Hospital del Mar, Barcelona (A. Mur, A. Paya); HUGTIP (C. Rodrigo, M. Mendez, N. Grane); Hospital General de Granollers (M.T. Coll); Corporació Sanitària Parc Taulí (V. Pineda); Hospital de Mataró (L. Garcia); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (M.T. Vallmanya, T. Puig); Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona (A. Soriano, C. Bras, S. Veloso); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (F. Pagone); Universitat Ramon Llull (E. Sánchez); Unitat de Suport a la Recerca-Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent (J. Almeda).

Estudi de viabilitat de la introducció de la prova ràpida del VIH a Atenció Primària

EAP Sardenya (A. Casasa, B. Ichazo, B. Delgado, M. Martínez, A. Soteras, E. Julián); EAP Guillem Masriera, Vilassar de Mar (M.C. Vinyas, J. Cortés, J. Molina, A. Champer, C. Montenegro, S. Codina, E. Martínez, S. Crivillé); CAP Baix-a-Mar, Vilanova i la Geltrú (J. Milozzi, G. Torrell, M.L. Díaz, A. Bartrina, Villasante); CAP Raval Nord-Lluís Saye (M. Vilamal); CAP Remei, Vic (J. Ausió, I. Ausió, M. Gallés, R. Codinachs); CAP Florida Sud (J. Mascort, R. Carrillo, M. Llano, A. Aguilar, I. Villar, I. Alcalà, O. Vigas, M. Carrera, Illamola); ASSIR Mollet (E. López, D. Porras, M. Manzanares); ASSIR Parets (M.D. Muñoz); CAP Salt 2 (D. Rivero, M. Pujiula, I. Castellà); CAP Carles Ribas (B. Deixens); CAP Can Bou, Castelldefels (M.J. Jareño, C. Bernadez, C. Manzotti, D. García, E. Bosch, S. González, V. Silvestre); CAP Calella (H. Gualberto); USAI Metropolitana Nord (Ll. Valerio, S. Roure); UMTSID Drassanes (B. Treviño, N. Serre, D. Pou, N. Coma); ASSIR CAP Manso (L. Caccioppoli, O.E. Giler, A. Molins, J. Xandri, L. Alcaraz, J. Cid, R. Escriche, C. Pioro, E. Picola, A. Martínez, D. Nicolás); ASSIR CAP Numància (M.R. Almirall, N. Domínguez, P. Roca, G. Colina, C. López, T. Rodas, L. Zamora, X. Díez, C. Seguí); ASSIR CAP Adrià (M. Trujillo); ABS Premià de Mar (A. Valls).

I molts altres professionals de la sanitat gracies a l'ajut i dedicacio dels quals s'han pogut obtenir les dades aqui presentades.



Centre d'Estudis Epidemiològics
sobre les Infeccions de Transmissió
Sexual i Sida de Catalunya

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Ctra. de Canyet, s/n, 08916 Badalona
Tel. 934 978 891
Fax 934 978 889
ceescat.germanstrias@gencat.cat
ceeiscat@iconcologia.net
www.ceeiscat.cat

